

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTI GRAVIDA INTRAPARTAL DENGAN ASUHAN
PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA
TANGGAL 23-27-05-2016**



OLEH

MARIA YUSTINA F. ALE
132 111 174

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIR
KUPANG
2016**

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTI GRAVIDA INTRAPARTAL DENGAN ASUHAN
PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA**

TANGGAL 23-27-05-2016

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb)
Pada Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKes Citra Husada Mandiri Kupang



OLEH

MARIA YUSTINA FONY ALE
132 111 174

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI
KUPANG
2016**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa penulisan studi kasus ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, 12 Oktober 2016

Yang menyatakan



MARIA YUSTINA FONY ALE
132 111 174

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIGRAVIDA INTRAPARTAL DENGAN ASUHAN PERSALINAN NORMA DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 23-27 MEI 2016”**, telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir mahasiswa atas nama: Maria Yustina Fony Ale, NIM: 132111174 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, 05 Oktober 2016

Menyetujui

Pembimbing I

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

Pembimbing II

Regina Frans, SST

Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **"ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTI GRAVIDA INTRAPARTAL DENGAN ASUHAN PERSALINAN NORMA DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 23-27 MEI 2016"** telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir mahasiswa atas nama: Maria Yustina Fony Ale, NIM: 132111174 Program Studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan didepan tim penguji ujian Laporan Tugas Akhir pada tanggal, 12 Oktober 2016.

Ketua : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., MH.Kes :.....

Anggota : 1. Ummu Zakiah, SST., Mkes :.....

2. Regina Frans, SST :.....

Mengetahui,

**Ketua
STIKes CHM-Kupang**

drg. Jeffrey Jap, M.Kes

**Ketua
Prodi D III Kebidanan**

Ummu Zakiah, SST., M.Keb

BIODATA PENULIS

Nama : Maria Yustina Fony Ale
Tempat dan tanggal lahir : Ruteng/Hombel 11 Maret 1994
Agama : Khatolik
Alamat : Manggarai
Riwayat pendidikan :
1. Tahun 2007 : SD Santu Mikhael Ruteng
1
2. Tahun 2010 : SMP Widya Bhakti
Ruteng
3. Tahun 2013 : SMA Setia Bhakti Ruteng
4. Sedang menyelesaikan pendidikan
program Diploma III di sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang



MOTTO

**SUKSES ADALAH BERANI BERTINDAK
DAN PUNYA PRINSIP**

LEMBAR PERSEMBAHAN

**LAPORAN TUGAS AKHIR INI
KUPERSEMBAHKAN UNTUK BAPA DAN MAMA
TERCINTA, TEMAN-TEMAN, DOSEN-DOSEN
PRODI KEBIDANAN, MAHASISWA-
MAHASISWA ANGKATAN VI
STIKES CHM-KUPANG**

ABSTRAK

Gambaran asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada multigravida di Ruang Bersalin Puskesmas Sikumana

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Tujuan studi kasus ini penulis mampu melakukan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada persalinan multigravida dengan menggunakan manajemen asuhan kebidanan.

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif. Upaya yang telah dilakukan pemerintah NTT adalah program Revolusi KIA dan juga sebanyak 14 kabupaten/Kota telah di dukung Australia Indonesia Patnership for Maternal and Neonatal Health (AIPMNH) untuk sebisa mungkin mengurangi angka kematian ibu dan bayi. Selain itu pertolongan persalinan yang aman dilakukan dengan 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN).

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Mei 2016 jam 07.30 wita pada Ny.L.B.K umur 32 tahun. Keluhan utama ibu adalah nyeri perut bagian bawah menjalar kepinggang belakang, keluar lendir dan darah dari jalan lahir. Jam 06.20 ketuban pecah spontan, jam 07.45 wita pembukaan lengkap 07.35 wita bayi lahir spontan, laki-laki, jam 07.45 plasenta lahir lengkap. Jam 07.50 wita 2 jam post partum tidak terjadi perdarahan, kontaksi uterus baik, TFU 2 jari bawah pusat.

Kata kunci : Asuhan Kebidanan, Pendekatan Manajemen Kebidanan, Multigravida

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA MULTIGRAVIDA INTRAPARTAL DENGAN ASUHAN PERSALINAN NORMAL DI RUANG BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA TANGGAL 23-27 MARET 2016”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Laporan Tugas Akhir ini disusun dengan maksud untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb) di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Bersama ini, perkenanlah penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada Ummu Zakiah, SST.M.Keb selaku pembimbing I dan Regina Frans, SST selaku pembimbing II yang telah bersedia membimbing penulis hingga terselesainya Laporan Tugas Akhir ini. Pada kesempatan ini ijin penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku, Pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M.Kes. selaku, Ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah mengizinkan penulis menyelesaikan studi kasus ini.
3. Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., MH.Kes selaku penguji.

4. Seluruh dosen dan staff prodi D III kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
5. Monika Salmau, Amd.Keb, selaku pembimbing di Ruangan Bersalin Puskesmas Sikumana
6. Keluarga Ny.L.B.K yang telah bersedia menjadi pasien dalam studi kasus ini.
7. Kedua orang tua tercinta bapak Antonius Wua dan mama Lusiana Nikah, dengan memberikan dukungan, motivasi dan moril serta doa selama penulis menyelesaikan LAPORAN TUGAS AKHIR ini.
8. Sahabat Vira, Irma, Jeni, Vanty, Yovi, Ani, yang telah menyisipkan waktu untuk penulis.
9. Teman-teman seperjuangan Prodi DIII Kebidanan angkatan VI kelas D dan berbagai pihak yang telah memberikan dukungan baik motivasi maupun moril kepada penulis dalam penyelesaian Studi Kasus ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis membuka saran demi kemajuan dan kesempurnaan studi kasus ini. Penulis berharap semoga studi kasus ini bermamfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi tenaga kesehatan lain pada khususnya.

Kupang, 12 Oktober 2016

Maria Yustina Foni Ale

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Luar	i
Halaman Sampul Dalam dan Persyaratan Gelar	ii
Lembar Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan Pembimbing.....	iv
Lembar Pengesahan Tim Penguji.....	v
Lembar Biodata Penulis.....	vi
Lembar Persembahan Dan Motto	vii
Abstrak.....	viii
Kata Pengantar	xi
Daftar Isi	xi
Daftar Gambar	xiv
Daftar Lampiran	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Sistematika Penulisan	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Konsep Dasar Persalinan	8
2.1.1. Pengertian.....	8
2.1.2. Klasifikasi Persalinan	9
2.1.3. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan.....	11
2.1.4. Tanda-Tanda Persalinan.....	13
2.1.5. Perubahan Fisiologis dan Psikologis Dalam Persalinan	14
2.1.6. Tahapan Persalinan	23
2.1.7. Mekanisme Persalinan Normal	27
2.1.8. Posisi-Posisi Pada saat Meneran.....	31
2.1.9. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan	36
2.1.10. Persiapan Asuhan Persalinan (APN)	38
2.2. Partograf.....	50
2.3. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan	53
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	71
3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian.....	71
3.2 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>).....	72
3.3 Populasi, dan Sampel.....	73
3.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	74
3.5 Analisa Data	75
3.6 Etika Penelitian.....	78
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	81
4.1 Hasil Penelitian.....	81

4.2 Pembahasan	90
----------------------	----

BAB V PENUTUP.....	99
---------------------------	-----------

1.6 Kesimpulan.....	99
---------------------	----

1.7 Saran.....	101
----------------	-----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
	Gambar 3.1 Kerangka Kerja	72

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Asuhan Kebidanan

Lampiran 4 Partograf

Lampiran 5 Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi belakang kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya penanganan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia dan asfiksia bayi baru lahir. Persalinan normal mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya (Prawirohardjo, 2008).

Persalinan normal dibagi menjadi 4 kala yaitu : kala 1 dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm), pada primipara berlangsung selama 12 jam dan pada multipara berlangsung sekitar 8 jam. Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi, pada primipara berlangsung 2 jam dan pada multipara bisa berlangsung sekitar 1 jam. Dalam kondisi normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa

mengedan. Kala III dimulai setelah bayi lahir dan berakhir lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum (Ai Nurasiah dkk, 2012)

Berdasarkan laporan WHO tahun 2014 Angka Kematian Ibu (AKI) di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika Serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika Utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Angka kematian ibu di negara-negara Asia Tenggara yaitu Indonesia 214 per 100.000 kelahiran hidup, Filipina 170 per 100.000 kelahiran hidup, Vietnam 160 per 100.000 kelahiran hidup, Thailand 44 per 100.000 kelahiran hidup, Brunei 60 per 100.000 kelahiran hidup, dan Malaysia 39 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Di Indonesia, BBLR akibat dari kelahiran prematur merupakan penyebab kematian neonatal yang tinggi. Menurut data rekapan angka kematian ibu dan bayi Dinas Kesehatan Provinsi NTT, dari tahun 2012-2013 di Provinsi NTT angka kematian ibu mengalami peningkatan yaitu dari 172 jiwa menjadi 177 jiwa, sedangkan kematian bayi mengalami penurunan dari 1350 jiwa menjadi 1025 jiwa. Kematian bayi akibat BBLR pada tahun 2013 di Provinsi NTT sebesar 243 jiwa dari 93.338 kelahiran hidup. Di Kota Kupang pada tahun 2013 terdapat 8776 persalinan dengan jumlah jumlah kematian ibu sebesar 5 jiwa dan kematian bayi akibat BBLR adalah 18 jiwa dari total keseluruhan kematian bayi yaitu

50 jiwa dari 8.188 jumlah kelahiran hidup (Laporan Rutin Bulanan Dinkes Kabupaten/Kota se-Provinsi NTT).

Puskesmas Sikumana adalah puskesmas PONED (Penanganan Obsterti dan Neonatal Emergensi Dasar) yang memiliki fasilitas klinik bersalin. Buku register KIA Puskesmas Sikumana menunjukkan bahwa pada tahun 2014 terdapat 269 persalinan dengan persalinan prematur sebanyak 20 persalinan, sedangkan pada bulan Januari-Desember 2016 jumlah persalinan normal adalah 259 ibu bersalin (Register KIA Puskesmas Sikumana).

Agar dapat memberi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang berkualitas, dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil juga didukung tersediannya sarana dan prasarana yang memadai. Salah satu upayanya yaitu dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dalam menolong persalinan berdasarkan konsep asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi, terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir. Dengan adanya program ini, diharapkan tenaga kesehatan dapat lebih meningkatkan keterampilannya sehingga dapat meningkatkan penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. (Rohani, 2011).

Berdasarkan data di atas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada asuhan kebidanan persalinan multigravida di ruang bersalin puskesmas sikumana.

1.2. Rumusan Masalah

“Bagaimanakah Asuhan Kebidanan dengan Menggunakan Pendekatan Manajemen Kebidanan pada Multigrafida dengan Persalinan Normal di Puskesmas Sikumana ?”

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum studi kasus ini adalah untuk melaksanakan asuhan kebidanan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian data pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
2. Menganalisa dan menginterpretasikan data untuk menegakkan diagnosa/masalah aktual pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
3. Mengantisipasi masalah potensial pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana

4. Melaksanakan tindakan segera dan kolaborasi pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
5. Merencanakan tindakan dalam asuhan kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
6. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana
7. Mengevaluasi asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu multigravida dengan persalinan normal di Puskesmas Sikumana

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat teoritis

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikutnya.

1.4.2. Manfaat praktis

1. Bagi penulis

Dapat menambah ilmu pengetahuan bagi penulis dalam penerapan proses manajemen asuhan kebidanan pada ibu

bersalin dengan persalinan normal sehingga dapat digunakan sebagai masukan dalam pengembangan studi kasus berikut.

2. Bagi Puskesmas

Sebagai salah satu bahan evaluasi terhadap asuhan dalam penanganan persalinan normal sesuai dengan teori yang ada.

3. Bagi profesi

Sebagai salah satu masukan bagi organisasi profesi bidan upaya pelayanan proses persalinan. Menambah keterampilan bagi Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan, konseling dan dukungan pada ibu bersalin dengan persalinan normal.

4. Bagi Institusi

Sebagai bahan informasi yang dijadikan referensi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian lebih lanjut bagi yang membutuhkan.

1.5. Sistematika Penulisan.

BAB I PENDAHULUAN Berisi uraian tentang (1) Latar Belakang, (2) Rumusan Masalah, (3) Tujuan Penulisan, (4) Manfaat Penulisan, (5) Sistematika Penulisan

BAB II TINJAUAN TEORITIS Berisi uraian tentang teori persalinan normal.

BAB III TINJAUAN KASUS Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) **Analisa** Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

BAB IV PEMBAHASAN Berisi Uraian Tentang (1) Pengkajian, (2) **Analisa** Masalah Dan Diagnosa, (3) Antisipasi Masalah Potensial, (4) Tindakan Segera, (5) Perencanaan, (6) Pelaksanaan, (7) Evaluasi

BAB V PENUTUP berisi uraian tentang (1) Kesimpulan, (2) Saran

DAFTAR PUSTAKA

2.1.KONSEP DASAR PERSALINAN

2.1.1. Pengertian

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta; dan proses tersebut merupakan alamiah (Rohani, dkk, 2011).

Persalinan adalah proses pembukaan dan penipisan servix dan janin turun ke dalam jalan lahir, persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasibelakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Asri, Cristine 2012)

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta dan membrane dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani, dkk, 2011).

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan Plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalihan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran sendiri. (Asuhan kebidanan pada Ibu bersalin, 2010).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. (Sarwono, 2002).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan presentasi kepala, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Ai Nurasiah, 2012).

2.1.2. Klasifikasi Persalinan

Ada dua klasifikasi persalinan, yaitu

1. Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

- a. Persalinan spontan adalah persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b. Persalinan buatan adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

- c. Persalinan anjuran adalah kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan

2. Menurut usia kehamilan

a. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum berusia 20 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

b. Partus Immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara 20 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

c. Partus Prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara 28 minggu dan 37 minggu atau bayi dengan berat badan 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d. Partus matur atau Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37 minggu dan 42 minggu atau bayi dengan berat badan anatar 2500 gram atau lebih.

e. Partus Postmatur atau serotinus

Persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu partus yang ditaksir. (Rohani, dkk, 2011)

2.1.3. Sebab-sebab Mulainya Persalinan

Sebelumnya kehamilan dalam tubuh wanita terdapat dua hormon yang dominan.

1. Estrogen

Estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

2. Progesteron

Berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim: menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.

Estrogen dan progesteron harus dalam komposisi keseimbangan. Sehingga kehamilan dapat di pertahankan. Perubahan keseimbangan antara estrogen dan progesteron memicu oksitosin dikeluarkan oleh hipofisis posterior, hal tersebut menyebabkan kontraksi yang disebut dengan Braxton Hicks. Kontraksi Braxton Hicks akan menjadi kekuatan dominan saat mulainya proses persalinan sesungguhnya, oleh karena itu makin matang usia kehamilan maka frekuensi kontraksi ini akan semakin sering. (Ari Sulistyawati, 2010).

Terjadinya persalinan disebabkan juga oleh beberapa teori sebagai berikut :

1. Teori kerenggangan

Otot rahim mempunyai kekuatan untuk meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai (Rohani, dkk, 2011)

2. Teori penurunan progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi saat usia kehamilan 28 minggu, karena terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu. (Rohani, dkk, 2011)

3. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis bagian posterior. Perubahan keseimbangan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks (Rohani, dkk, 2011)

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil hasil konsepsi dapat menimbulkan

kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. (Rohani, dkk. 2011)

5. Teori Hipotalamus- Hipofisis dan Glandula Sprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan anesefalus sering terjadi Kalau kelambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus.

Teori ini dikemukakan oleh Linggin 1973. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin induksi (mulainya) persalinan. Dari percobaan tersebut ada hubungan antara hipotalamus-hipofisis dengan mulainya persalinan (Rohani, dkk, 2011).

2.1.4. Tanda- Tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan, dengan tanda-tanda sebagai berikut: (Rohani, dkk, 2011)

1. Terjadi lightening, Menjelang minggu ke-36, pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan.

2. Terjadinya his permulaan

Sifat his permulaan (palsu) adalah sebagai berikut.

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah

- b. His tidak teratur
 - c. Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda
 - d. Durasi pendek
 - e. Tidak bertambah bila beraktifitas
3. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun
 4. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
 5. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah (bloody show).

2.1.5. Perubahan fisiologis dan psikologis dalam persalinan

1. Perubahan fisiologis dan psikologis kala I (Rohani, dkk, 2011) diantaranya:

a. Perubahan fisiologi kala I :

1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10-20 mmHg dan kenaikan diastolic rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Rasa sakit, takut dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah.

2) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat *aerobic* maupun metabolisme anaerobic akan naik secara berangsur

disebabkan karena kecemasan serta aktifitas otot skeletal. Peningkatan ini ditandai dengan kenaikan suhu badan, denyut nadi, pernafasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

3) Suhu badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, terutama selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan suhu di anggap normal jika tidak melebihi 0.5-1 °C.

4) Denyut jantung

Berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung akan meningkat secara dramatis selama kontraksi

5) Pernafasan

Terjadi peningkatan metabolisme, maka terjadi peningkatan laju pernafasan yang di anggap normal, hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis

6) Perubahan pada ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan, disebabkan oleh peningkatan filtrasi glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit di anggap biasa dalam persalinan.

7) Perubahan gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makan padat secara substansial berkurang banyak sekali selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang, menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

8) Perubahan hematologi

Hematologi meningkat sampai 1,2 garam/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca persalinan kecuali ada perdarahan post partum.

b. Perubahan psikologi kala I :

Asuhan yang bersifat mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Ibu yang bersalin biasanya mengalami perubahan emosional yang tidak stabil

2. Perubahan fisiologis dan psikologis kala II

1) Perubahan fisiologi pada kala II

a) Tekanan darah

Tekanan darah dapat meningkat 15 sampai 25 mmHg selama kontraksi pada kala dua. Upaya mendedan pada ibu juga dapat memengaruhi tekanan darah, menyebabkan tekanan darah meningkat dan kemudian menurun dan pada akhirnya berada sedikit di atas normal. Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tekanan darah dengan cermat diantara kontraksi. Rata-rata peningkatan tekanan darah 10 mmHg di antara kontraksi ketika wanita telah mendedan adalah hal yang normal (Varney, 2008).

b) Metabolisme

Peningkatan metabolisme yang terus-menerus berlanjut sampai kala dua disertai upaya mendedan pada ibu yang akan menambah aktivitas otot-otot rangka untuk memperbesar peningkatan metabolisme (Varney, 2008).

c) Denyut nadi

Frekuensi denyut nadi ibu bervariasi pada setiap kali mendedan. Secara keseluruhan, frekuensi nadi meningkat selama kala dua persalinan disertai takikardi

yang mencapai puncaknya pada saat persalinan (Varney, 2008).

d) Suhu

Peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat persalinan dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 0,5 sampai 1°C (Varney, 2008).

e) Perubahan Sistem Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney, 2008).

f) Perubahan Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini dapat diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal (Varney, 2008).

g) Perubahan Gastrointestinal

Penurunan motilitas lambung berlanjut sampai kala dua. Muntah normalnya hanya terjadi sesekali. Muntah yang konstan dan menetap merupakan hal yang abnormal dan kemungkinan merupakan indikasi komplikasi obstetrik, seperti ruptur uterus (Varney, 2008).

h) Dorongan mengejan

Perubahan fisiologis terjadi akibat kontinuitas kekuatan serupa yang telah bekerja sejak jam-jam awal persalinan, tetapi aktivitas ini mengalami akselerasi setelah serviks berdilatasi lengkap namun, akselerasi ini tidak terjadi secara tiba-tiba. Beberapa wanita merasakan dorongan mengejan sebelum serviks berdilatasi lengkap dan sebagian lagi tidak merasakan aktivitas ini sebelum sifat ekspulsif penuh (Myles, 2009).

i) Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1.2 gm/100ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal (Varney, 2008).

2) Perubahan Psikologis pada Kala II

Pada kala II, his terkoordinasi kuat, cepat dan lebih lama; kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ruang panggul, sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa ingin meneran. Karena tekanan rectum, ibu seperti mau BAB dengan tanda anus terbuka. Pada waktu terjadinya his, kepala janin mulai kelihatan,

vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his meneran yang terpimpin, maka akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin (Rohani, dkk 2011)

3. Perubahan fisiologis dan psikologis kala III

1) Perubahan fisiologis pada kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran rongga uterus ini menyebabkan implantasi plasenta karena tempat implantasi menjadi semakin kecil. Sedangkan ukuran plasenta tidak berubah. Oleh karena itu plasenta akan menekuk, menebal, kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian atas Vagina (APN, 2007)

2) Perubahan Psikologis pada Kala III

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
- d) Menaruh perhatian terhadap plasenta

4. Perubahan fisiologis dan psikologis kala IV

1) Fisiologi Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali dalam bentuk normal. Hal ini dapat dilakukan dengan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut (Sumarah, 2008).

a) Evaluasi uterus: konsistensi, atonia

Perlu diperhatikan bahwa kontraksi uterus mutlak diperlukan untuk mencegah terjadinya perdarahan dan pengembalian uterus ke bentuk normal. Kontraksi uterus yang tak kuat dan terus menerus dapat menyebabkan terjadinya atonia uteri yang dapat mengganggu keselamatan ibu. Untuk itu evaluasi terhadap uterus pasca pengeluaran plasenta sangat penting untuk diperhatikan. Untuk membantu uterus berkontraksi dapat dilakukan dengan masase agar tidak menjadi lembek dan mampu berkontraksi dengan kuat. Kalau dengan usaha ini uterus tidak mau berkontraksi dengan

baik dapat diberikan oksitosin dan harus diawasi sekurang-kurangnya selama satu jam sambil mengamati terjadinya perdarahan post partum

b) Pemeriksaan serviks, vagina dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus. Segera setelah kelahiran bayi, servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II.

c) Pemantauan dan evaluasi lanjut

Hal-hal yang perlu dipantau selama dua jam pertama pasca persalinan (Rohani, dkk, 2011) diantaranya:

1. Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam 1 jam kedua pada kala IV

2. Pemijatan uterus untuk memastikan uterus menjadi keras, setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit pada satu jam kedua
3. Pantau suhu ibu satu kali dalam jam pertama dan 1 kali pada jam kedua
4. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit dalam jam kedua
5. Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan perdarahan uterus, juga bagaimana melakukan pemijatan jika uterus menjadi lembek.

2.1.6. Tahapan persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 kala, pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan pula kala pembukaan. Kala II disebut pula kala pengeluaran, oleh karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III (kala uri) plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 1 jam. Dalam kala itu diamati, apakah tidak terjadi perdarahan post partum. (Sarwono, 2002).

a. Kala I (Kala Pembukaan)

Klinis dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his, dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu

darah (bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase

- 1) Fase Laten:berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- 2) Fase Aktif : dibagi dalam 3 fase, yaitu:
 - a) Fase Akselerasi: Dalam waktu 2 jam, pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
 - b) Fase Dilatasi Maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - c) Fase Deselerasi: pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase dekselerasi terjadi lebih pendek.

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primigravida, ostium

uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri sudah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam (Sarwono, 2002).

b. Kala II (pengeluaran janin)

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2-3 menit sekali, karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara refleks menimbulkan rasa mencedas. Wanita merasa pula tekanan pada rectum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his, dan dengan his dan kekuatan mencedas maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput di bawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar his mulai

lagi untuk mengeluarkan badan. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam, dan multi rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. (Sarwono, 2002).

d. Kala IV (pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Observasi yang harus dilakukan pada kala IV: (Rohani, dkk, 2011).

1. Tingkat kesadaran
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah, nadi, suhu, dan RR
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya Perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500cc.

2.1.7. Mekanisme Persalinan Normal

Mekanisme persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan mengandalkan posisi, bentuk panggul, serta presentasi jalan lahir. Bagian terendah dari fetus akan menyesuaikan diri terhadap panggul pada saat turun melalui jalan lahir. Kepala akan melewati rongga panggul dengan ukuran yang menyesuaikan dengan ukuran panggul (Rohani, dkk 2011)

Gerakan-gerakan utama dari mekanisme persalinan adalah sebagai berikut :

a. Penurunan Kepala

Pada primigravida kepala ke dalam pintu atas panggul (PAP) biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala 1 dan kala 2 persalinan, hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segman bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini juga menyebabkan bayi terdorong kedalam jalan

lahir turunnya kepala kedalam panggul, disebabkan oleh berikut ini :

- 1) Tekanan air ketuban.
- 2) Tekanan langsung fundus uteri pada bokong.
- 3) Kekuatan mengejan.
- 4) Melurusnya badan fetus.

b. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu di bawah lebih dekat ke arah dada janin sehingga UUK lebih rendah dari UUB. Ada beberapa teori menjelaskan mengapa fleksi dapat terjadi. Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari keadaan ini terjadilah fleksi .Terjadinya fleksi kepala karena kepala mendapat tahanan dari serviks uteri, dinding panggul, dan dasar panggul (Rohani, dkk, 2011)

c. Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simfisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah

daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke arah simfisis (Rohani, dkk, 2011)

Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul (Rohani, dkk, 2011)

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang berada dalam keadaan fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran (*hypomochlion*), maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum : Ubun-Ubun Besar, dahi, hidung, mulut, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi. Pada dasar panggul, kepala mengadakan ekstensi/defleksi, supaya

kepala dapat melalui pintu bawah panggul (Rohani, dkk, 2011)

Ekstensi kepala terjadi sebagai resultan antara dua kekuatan yaitu sebagai berikut.

- 1) Kekuatan uterus yang mendesak kepala lebih ke arah belakang.
- 2) Tahanan dasar panggul yang menolak kepala lebih ke depan.

e. Putaran Paksi Luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintasi pintu dalam keadaan miring, di dalam rongga panggul, bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya sehingga di dasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam di mana ukuran bahu (diameter bisa kromial) menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul (PBP). Bersamaan dengan itu, kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber isciadikum sepihak (Rohani, dkk, 2011)

f. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir (Rohani, dkk, 2011).

2.1.8. Posisi-posisi Pada Saat Meneran

a. Posisi miring Lateral

Posisi miring membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

Posisi berbaring miring kekiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia karena suplay oksigen tidak terganggu dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapekan dan dapat pencegahan terjadinya laserasi/robekan jalan lahir.

Posisi ini mengharuskan si ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut

posisi lateral ini, umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat. Normalnya, posisi ubun-ubun bayi berada di depan jalan lahir. Posisi kepala bayi dikatakan tidak normal jika posisi ubun-ubunnya berada di belakang atau di samping. Dalam kondisi tersebut biasanya dokter akan mengarahkan ibu untuk mengambil posisi miring. Arah posisi ibu tergantung pada letak ubun-ubun bayi. Jika berada dikiri ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kiri sehingga bayi, bisa berputar, jika berada dikanan ibu dianjurkan mengambil posisi miring ke kanan sehingga bayi diharapkan bisa berputar.

Posisi Miring / Lateral

Keuntungan :

- 1) Perdarahan balik ibu berjalan lancar, sehingga pengiriman oksigen dalam darah dari ibu ke janin melalui plasenta tidak terganggu.
- 2) Kontraksi uterus lebih efektif.
- 3) Memudahkan bidan dalam memberikan pertolongan persalinan. Karena tidak terlalu menekan proses pembukaan akan berlangsung sehingga persalinan berlangsung lebih nyaman.

b. Posisi Jongkok

Posisi jongkok membantu mempercepat kemajuan kala ii persalinan dan mengurangi rasa nyeri. posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28 % lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. posisi jongkok dapat memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. jika kandung kemih penuh akan dapat memperlambat penurunan bagian bawah janin. (sumarah, dkk, 2009 : 102)

Posisi ini sudah dikenal sebagai posisi yang alami. biasanya ibu berjongkok di atas bantalan empuk yang berguna menahan kepala dan tubuh bayi.

keuntungan :

- 1) Memperluas rongga panggul, diameter tranversa bertambah 1 cm dan diameter anteroposterior bertambah 2 cm.
- 2) Persalinan lebih mudah.
- 3) Posisi ini menggunakan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
- 4) Mengurangi trauma pada perineum (Rohani, dkk, 2011:50)

c. Posisi merangkak

Posisi merangkak membuat ibu lebih nyaman dan efektif untuk meneran dan membantu perbaikan oksiput yang

melintang untuk berputar menjadi posisi oksiput anterior dan memudahkan ibu beristirahat diantara kontraksi jika ia mengalami kelelahan dan juga mengurangi resiko terjadinya laserasi perineum.

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang (Sumarah, dkk, 2009:102)

Pada posisi ini ibu merebahkan badan dengan posisi merangkak, kedua tangan menyanggah tubuh dan kedua kaki ditekuk sambil dibuka.

Keuntungan :

- 1) Posisi merangkak seringkali merupakan posisi yang paling baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan
- 2) Membantu kesehatan janin dalam penurunan lebih dalam ke panggul.
- 3) Baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit.
- 4) Mengurangi keluhan hemoroid
- 5) Mengurangi rasa sakit.
- 6) Membantu janin dalam melakukan rotasi.
- 7) Peregangan minimal pada perineum (Sulistyawati, dkk, 2010:105)

d. Posisi semi duduk

Pada posisi ini, ibu duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dengan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu nyaman.

Kelebihannya : sumbu jalan lahir yang perlu ditempuh janin untuk keluar jadi lebih pendek. Suplai oksigen dari ibu ke janin pun juga dapat berlangsung secara maksimal.

Kelemahannya : posisi dapat menimbulkan rasa lelah dan keluhan punggung pegal. Apalagi jika proses persalinan tersebut berlangsung lama. (Hartuti, 2010).

e. Posisi duduk

Pada posisi ini, duduklah di atas tempat tidur dengan disangga beberapa bantal atau bersandar pada tubuh pasangan. kedua kaki ditekuk dan dibuka tangan memegang lutut dan tangan pasangan membantu memegang perut ibu.

Menurut Sumarah (2009:102) dengan posisi duduk penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

Keuntungan :

1. Posisi ini memanfaatkan gaya gravitasi untuk membantu turunnya bayi.
2. Memberi kesempatan untuk istirahat di antara dua kontraksi.
3. Memudahkan melahirkan kepala bayi.

f. Posisi berdiri

Menurut Rohani (2011:53) menyatakan bahwa pada posisi ini ibu disanggah oleh suami dibelakangnya. sedangkan menurut Sumarah (2009:102) menyatakan bahwa pada posisi berdiri memudahkan penurunan kepala janin, memperluas rongga panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran.

Keuntungan :

- 1) Memanfaatkan gaya grafitasi.
- 2) Memudahkan melahirkan kepala.
- 3) Memperbesar dorongan untuk meneran.

2.1.9. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan entriotus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi

panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus menyesuaikan dirinya terhadap jalan yang relative kaku. Oleh karena itu, ukuran dan bentuk panggul harus di tentukan sebelum persalinan dimulai (Rohani, dkk, 2011).

b. Passenger (janin dan plasenta)

Passenger atau jalan bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia juga dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal (Rohani, dkk, 2011).

c. Power (kekuatan)

Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari eterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Rohani, dkk, 2011).

2.1.10. Persiapan Asuhan Persalinan (APN)

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN) dirumuskan 58 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut:

1. Mengenali gejala dan tanda kala II

a. Melihat adanya tanda persalinan kala dua

- 1) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- 2) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
- 3) Perineum tampak menonjol
- 4) Vulva dan sfingter ani membuka

2. Menyiapkan pertolongan persalinan

a. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia: tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

- 1) Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi
- 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam didalam partus set

- b. Pakai celemek plastik
 - c. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
 - d. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
 - e. Masukkan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
3. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik
- a. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - 1) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang
 - 2) Buang kasa atau kapas pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - 3) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%)

- b. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi

- c. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.
Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan

- d. Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160x/menit)

- 1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
- 2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

- 4. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran

- a. Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

- 1) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin

(ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

- 2) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- b. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran.
(Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman)
- c. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:
- 1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - 2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - 3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya
 - 4) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi
 - 5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - 6) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - 7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai

- 8) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida)
 - d. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit
5. Persiapan pertolongan kelahiran bayi
 - a. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membukavulva dengan diameter 5-6 cm
 - b. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu
 - c. Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan
 - d. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
 6. Persiapan pertolongan kelahiran bayi
 - a. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat.

- b. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi
 - 1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala
 - 2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut
- c. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
- d. Kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang
- e. Kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas
- f. Tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya

7. Penanganan bayi baru lahir

a. Lakukan penilaian selintas

1) Bayi menangis kuat atau bernapas tanpa kesulitan?

2) Bayi bergerak dengan aktif atau tidak ?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap lakukan langkah resusitasi

b. Keringkan tubuh bayi

c. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi diatas perut ibu

d. Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)

e. Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)

f. 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm disal dari klien pertama

g. Potong dan ikat tali pusat

- 1) Bidan memegang dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut
- 2) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
- 3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

h. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu kekulit bayi

Letakkan bayi tengkurap didada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel didada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu

i. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

8. Penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga

- a. Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 dari vulva
- b. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas symphysis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat

- c. Uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso-kranial) secara hati-hati
- d. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan dorso kranial)
 - 1) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
 - 2) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - a) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM
 - b) Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
 - c) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - d) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
 - e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
- e. Plasenta muncul diintroitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga

selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal

- f. Plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi

9. Menilai perdarahan

- a. Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantong plastik atau tempat khusus
- b. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum, lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

10. Melakukan prosedur pasca persalinan

- a. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- b. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit kekulit didada ibu paling sedikit 1 jam

- c. 1 jam setelah persalinan, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1 mg intramuskular dipaha kiri anterolateral
- d. Satu jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral
 - 1) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar agar sewaktu-waktu bisa disusukan
 - 2) Letakkan kembali bayi pada dada ibu. Bila bayi belum berhasil menyusui didalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui
- e. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam
 - 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
 - 3) Setiap 20-30 menit pada jam keua pasca persalinan
 - 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan atonia uteri
- f. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- g. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

- h. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
- i. Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernapas dengan baik
- j. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- k. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- l. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- m. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya
- n. Dekontaminasi tempat bersalindengan larutan klorin 0,5%
- o. Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%. Balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- p. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

- q. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang),
periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

2.2.Partograf

Partograf adalah alat untuk mencatat hasil observasi dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat merupakan alat uatam dalam mengambil keputusan klinik khusus nya pada persalinan kala 1.

Penggunaan partograf:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan dengan memeriksa
Pembukaan serviks berdasarkan pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal,
dengan demikian dapat mendeteksi secara dini kemungkinan
terjadinya partus lama. Hal ini merupakan bagian terpenting dari
proses pengambilan keputusan klinik kala I.

Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam mengambil keputusan dalam penatalaksanaan. Partograf dimulai pada pembukaan 4 cm (fase aktif). Partograf sebaiknya dibuat untuk setiap ibu yang bersalin, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi. Petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut.

1. Denyut jantung janin. Catat setiap satu jam.

2. Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina.
 - a) U : Selaput utuh
 - b) J : Selaput pecah, air ketuban jernih
 - c) M : Air ketuban bercampur mekonium
 - d) D : Air ketuban bernoda darah
 - e) K : Tidak ada cairan ketuban/kering
3. Perubahan bentuk kepala janin (molding atau molase)
 - a) 0 : Sutura terpisah
 - b) 1 : Sutura (Pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian
 - c) 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.
 - d) 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki
4. Pembukaan mulut rahim (serviks). Dinilai setiap 4 jam dan diberi tanda (X).
5. Penurunan. Mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisis pubis: catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis.
6. Waktu. Menyatakan beberapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
7. Jam. Catat jam sesungguhnya.

8. Kontraksi. Catat setiap setengah jam; lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya tiap-tiap kontraksi dalam hitungan detik.
 - a) Kurang dari 20 detik
 - b) Antara 20 dan 40 detik
 - c) Lebih dari 40 detik
9. Oksitosin. Jika memakai oksitosin, catatlah banyak oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
10. Obat yang diberikan. Catat semua obat yang diberikan.
11. Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (.)
12. Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam dan tanda dengan anak panah.
13. Suhu badan. Catatlah setiap 2 jam.
14. Protein, aseton, dan volume urin. Catat setiap kali ibu berkemih.

Jika temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

2.3. Konsep Dasar Manajemen Kebidanan

2.3.1. Pengertian Manajemen Kebidanan

a. Menurut Buku 50 Tahun IBI 2007

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

b. Menurut Depkes RI, 2005

Manajemen kebidanan adalah metode dan pendekatan pemecahan masalah ibu dan anak yang khusus dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga dan masyarakat.

c. Menurut Helen Varney (1997)

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan terotologi ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus kepada klien.

2.3.2. Tujuan

Memberikan asuhan kebidanan yang adekuat. Komperhensif dan berstandar ibu hamil dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan dan mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama kehamilan.

2.3.3. Prinsip Manajemen Kebidanan

Prinsip manajemen kebidanan menurut Varney:

Proses manajemen kebidanan sesuai dengan standar American College of Nurse Midwife (ACNM) terdiri atas:

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komperhensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkaninterpretasi data.
3. Mengidentifikasikebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien

6. Secara pribadi bertanggungjawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai dengan kebutuhan.

2.3.4. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan Normal dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan (Asri, Dwi 2012. Asuhan Persalinan Normal)

1. Langkah I : Pengkajian.

a. Data Subjektif.

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua yang berkaitan dengan kondisi klien.

1) Identitas mencakup:

a) Nama

Ditanyakan nama pada ibu bersalin, agar memudahkan dalam memberikan pelayanan, dan dapat mengetahui identitas pasien.

b) Umur

Umur merupakan salah satu faktor penentu apakah usia ibu termasuk dalam usia produktif atau tidak. Usia reproduktif seorang wanita adalah lebih dari 20 tahun dan kurang dari 35 tahun. Jika usia ibu untuk hamil atau melahirkan < 20 tahun dan > 35 tahun, maka itu dikategorikan sebagai resiko tinggi.

c) Pendidikan

Pendidikan seorang ibu hamil dapat mempengaruhi pengetahuan ibu juga tentang kehamilan.

d) Pekerjaan.

Masalah utama jika bekerja saat hamil, adalah resiko terkena pajanan terhadap zat-zat fetotoksik, ketegangan fisik yang berlebihan, terlalu lelah, pengobatan atau komplikasi yang

berhubungan dengan kehamilan, dan masalah dengan usia kehamilan lanjut.

2) Keluhan utama.

Ditanyakan untuk mengetahui alasan pasien datang kefasilitas pelayanan kesehatan dan digunakan agar dapat menegaskan diagnose berdasarkan keluhan yang disampaikan pasien.

3) Riwayat penyakit sekarang seperti kardiovaskuler/jantung, malaria, hepatitis, penyakit kelamin /HIV/AIDS, diabetes, hipertensi, karena dapat menyebabkan komplikasi pada saat proses persalinan.

4) Riwayat kehamilan sekarang.

a) HPHT adalah hari pertama dari masa menstruasi normal terakhir (membantu saat penanggalan kehamilan).

b) Keberadaan masalah atau komplikasi seperti perdarahan.

c) Ditanyakan pergerakan janin normal yang lebih dari 10x/hari.

d) Jumlah kunjungan kehamilan selama ibu hamil mulai trimester I kehamilan sampai dengan trimester III sebanyak 4 kali.

e) Imunisasi Tetanus Toksoid pada ibu hamil untuk mencegah terjadinya penyakit tetanus pada bayi dan ibu yang dimulai pada awal kehamilan sampai dengan 25 tahun.

5) Riwayat persalinan yang lalu.

Jumlah kehamilan, aborsi (spontan atau dengan obat-obat), jumlah anak yang lahir hidup, keadaan bayi saat lahir, berat badan lahir 2500 gram – 4000 gram dan komplikasi. Membantu pemberian asuhan agar waspada terhadap kemungkinan terjadinya masalah potensial.

6) Riwayat keluarga berencana.

Untuk mengetahui jenis Kontrasepsi yang pernah di pakai seperti suntik, Pil, IUD, Implat, dan untuk dapat menjarangkan kehamilan.

7) Riwayat kesehatan.

Apakah ibu menderita penyakit: Hipertensi, HIV/AIDS, Hepatitis, Diabetes Melitus, Jantung, anemia, yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan menjadi komplikasi pada saat melahirkan.

8) Keadaan psikologi.

Pengkajian psikososial ini membantu untuk menentukan sikap ibu terhadap kehamilan,

kebutuhan akan pendidikan, sistem pendukung yang memadai untuk ibu, keyakinan budaya dan agama, status ekonomi, dan keadaan tempat tinggal, serta pekerjaan ibu setiap hari yang berat, pekerjaan yang baik untuk ibu selama hamil adalah pekerjaan yang tidak membuat ibu capeh,

9) Perilaku kesehatan.

a) Perilaku merokok berhubungan dengan berkurangnya berat badan bayi yang dilahirkan dan dengan insiden persalinan preterm.

b) Konsumsi alcohol telah dihubungkan dengan deficit neurologic pada bayi baru lahir dan dengan berat bayi lebih rendah. Peminum berat bisa mengakibatkan terjadinya sindrom janin alcohol.

10) Riwayat latar belakang budaya.

Ditanyakan kebudayaan agar dapat mengetahui pantangan pada saat ibu hamil atau pada saat mau melahirkan seperti tidak memakan ikan, daging, atau Lombok.

11) Riwayat seksual.

Perubahan dalam hasrat seksual adalah hal wajar, dan hasrat dapat berubah-ubah menurut

trimester. Pada trimester pertama, kelelahan, mual, dan nyeri tekanan pada mammae, mungkin menjadi penyebab terhadap penurunan hasrat pada beberapa ibu. Di trimester kedua kemungkinan adalah saat meningkatnya hasrat, sedangkan pada trimester ketiga kemungkinan waktu menurunnya hasrat. Hal yang perlu ditekankan, bahwa hubungan seksual dikontraindikasikan pada saat terjadinya rupture selaput ketuban, atau adanya perdarahan pervaginam, untuk menghindari masuknya infeksi.

12) Riwayat diet/makanan.

Menganjurkan makanan sesuai petunjuk asupan makanan yang dianjurkan untuk meningkatkan banyak nutrient.

13) Riwayat kebersihan diri.

- a. Pola mandi: mengetahui apakah personal hygiene ibu baik atau tidak.
- b. Perawatan payudara: perawatan payudara selama hamil dilakukan setiap hari agar payudara tetap bersih dan puting susu tidak tengelam, perawatan dan pemijatan payudara

menggunakan air bersih, baby oil, atau air sabun dan membersihkan menggunakan kapas.

b. Data Objektif.

1) Pemeriksaan Umum.

a) TTV: frekuensi nadi dapat sedikit meningkat.

Tekanan darah biasanya sedikit menurun, menjelang masa pertengahan kehamilan dan berangsur-angsur kembali normal. Mengobservasi tekanan darah ibu agar tidak terjadi hipertensi pada ibu hamil, tekanan darah normal (110/60mmHg-130/60 mmHg).

b) Tinggi Badan.

Tinggi badan normal pada ibu hamil, jika tinggi badan kurang dari normal maka dicurigai panggul ibu sempit atau CPD dan akan berpengaruh pada poses persalinan.

c) Berat Badan.

Selama trimester pertama berat badan ibu bertambah sebanyak 7-8 kg, selama trimester kedua dan trimester ketiga berat badan ibu hamil meningkat sebanyak 0,5 Kg.

d) Lila: Dilakukan pengukuran Lila pada ibu melahirkan untuk mengetahui kecukupan gizi

dari ibu hamil dan melahirkan Lila normal ibu hamil adalah: 23,5 cm.

2) Pemeriksaan fisik.

a) Kepala: pada kepala bersih atau tidak, oedema, bekas luka.

b) Wajah: cloasma gravidarum, oedema.

c) Mata: konjungtiva: merah mudah, sclera: putih, tidak ada oedema.

d) Gigi: bersih, tidak ada caries.

e) Leher: mengkaji tiroid, kemungkinan agak membesar selama kehamilan, tandai bila ada pembesaran, nodul, dan seterusnya, yang dapat mengindikasikan hipertiroidisme atau goiter dan dikaji lebih jauh adanya gangguan.

f) Dada: melakukan inspeksi dan palpasi, dapat dicatat perubahan normal. kulit tampak kekuningan dan terabahnya nodul memberi kesan kemungkinan karsinoma, warna kemerahan mengidentifikasi mastitis.

g) Perut: inspeksi dan palpasi, mengkaji pembesaran abdomen, striae, dan linea nigra, serta memeriksa TFU untuk mengetahui tafsiran berat badan janin dan kontraksi uterus.

- i) Leopold I: untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian apa yang terdapat dalam fundus.
- ii) Leopold II : untuk menentukan dimana letaknya punggung anak dan dimana letak bagian-bagian kecil.
- iii) Leopold III : untuk menentukan apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah bagian bawah anak ini sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul.
- iv) Leopold IV : untuk menentukan apa yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- v) MC donal dan TBBJ: untuk menentukan tafsiran berat badan janin sesuai dengan tinggi fundus uteri, dengan menggunakan rumus:
 - Kepala sudah masuk PAP (Divergen)
 - penurunan kepala 2/5, 1/5, 0/5 periksa dalam kepala turun hodge III + - IV
 - rumusnya : $TFU - 11 \times 155$.

- Kepala belum masuk PAP (convergen)
 penurunan kepala 5/5, 4/5, 3/5
 pemeriksaan dalam kepala turun hodge I,
 II, III rumusnya : TFU – 12 X 155.

h) Ekstremitas: apakah ibu ada cacat bawaan, adanya oedema pada pergelangan kaki adalah normal dan memeriksa reflex patella. Hiperrefleksia dapat mengindikasikan hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.

i) Vulva vagina dan anus: hemoroid. Oedema.

j) Vulva: bentuk normal, labia mayora menutupi labia minora, tidak ada Infeksi menular seksual, dan kelainan pada vagina atau varices, varices pada ibu hamil akan mengakibatkan perdarahan pada saat proses persalinan.

k) Anus: dapat dicatat bila ada ruam, benjolan, dan hemoroid, ibu yang menderita hemoroid sebaiknya dikaji untuk masalah konstipasi dan hemoroid dapat menyebabkan perdarahan.

3) Pemeriksaan Dalam.

Indikasi: dilakukan pemeriksaan dalam jika ada indikasi seperti ketuban pecah atau tiap 4 jam melakukan pemeriksaan dalam atau VT.

Tujuan: dilakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan.

Vagina Toucher:

- a. vulva/vagina ada kelainan atau tidak.
- b. portio tebal atau tipis lunak.
- c. Pembukaan Kala I fase laten pembukaan 1 cm – 4 cm, fase aktif 4 cm – 10 cm.
- d. Ketuban (U: Selaput ketuban utuh (belum pecah), J : Selaput ketuban pecah,dan air ketuban jernih, M : Air ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium, D : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah, K: Selaput ketuban sudah pecah,dan air ketuban tidak mengalir lagi “kering”).
- e. molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul
 - 0 : tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
 - 1 : tulang-tulangkepala janin hanya saling bersentuhan.
 - 2 : tulang-tulang kepala janin, saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan.
 - 3 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih

dan tidak dapat dipisahkan.

4) Pemeriksaan Laboratorium.

- a) Urine: untuk mengetahui ada tidaknya protein dalam urine, dikarenakan terjadinya retensi air dan garam dalam tubuh. Protein + 1 dapat, mengindikasikan hipertensi akibat kehamilan, glikosuria ringan mungkin didapati pada keadaan normal, tetapi tetap membutuhkan pengkajian lebih lanjut, keadaan ini bisa mengindikasikan diabetes mellitus.
- b) Darah: dilakukan pada ibu hamil terutama adalah pemeriksaan kadar Hb dalam darah dan dapat dilakukan agar dapat mendeteksi faktor resiko kehamilan.

2. Langkah II : Analisa Masalah Dan Diagnose

Mencari hubungan antara data atau fakta yang ada untuk menentukan sebab akibat, menentukan masalah dan diagnose, menentukan penyebab utama.

Pada langkah ini, data dasar yang sudah dikumpulkan, diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnose spesifik. Keduanya digunakan karena beberapa masalah yang tidak dapat disesuaikan seperti diagnosa, tetapi membutuhkan penanganan

yang serius yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap klien.

Diagnosa aktual yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian yaitu : ny. T.B hamil anak kedua, pernah melahirkan 1 kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 1 orang, UK 37 minggu + 2 hari, janin tunggal hidup, letak kepala, intruterin, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase aktif.

3. Langkah III : Antisipasi masalah potensial

Pada diagnose potensial kita menentukan masalah potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose actual. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila kemungkinan terjadi infeksi, perdarahan, hipertensi, persalinan macet, pusing yang berlebihan, penglihatan kabur.

Kebutuhan: memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan masalah yang dihadapi ibu sekarang, yaitu memberikan informasi tentang gangguan rasa nyaman yang dirasakan ibu.

4. Langkah IV : Tindakan Segera

Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera jika terjadi infeksi, perdarahan, persalinan macet, dll. Beberapa

data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan yang paling tepat.

5. Langkah V : Perencanaan

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada data ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

a) Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan

R/ Informasi yang jelas merupakan hak ibu, agar ibu lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

b) Observasi TTV, DJJ, Dan His.

R/ sebagai indicator untuk dapat mengindikasikan tanda-tanda patologis yang mungkin terjadi.

c) Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ Lingkungan yang aman dan nyaman menjaga privasi ibu termasuk asuhan sayang ibu.

d) Observasi persalinan melalui partograf

R/ Partograf sebagai alat tindakan untuk menilai keadaan umum ibu dan janin, kemajuan persalinan dan keadaan patologi yang timbul pada ibu dan janin.

e) Anjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.

R/ Tidur miring mengurangi tekanan pada vena cava inferior, sehingga tidak mengganggu aliran darah dan sirkulasi O₂ dari ibu ke janin

f) Anjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi

R/ Makan dan minum yang cukup selama persalinan memberi energy dan mencegah dehidrasi yang memperlambat kontraksi.

g) Libatkan keluarga dalam proses persalinan.

R/ agar dapat membantu ibu dalam proses persalinan dan mendampingi ibu.

h) Siapkan alat dan bahan sesuai saff.

R/ Persiapan alat dan bahan yang lengkap memudahkan dalam proses persalinan.

6. Langkah VI : Pelaksanaan

Langkah ini dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat dengan ketentuan

melaksanakan tindakan kebidanan secara mandiri, kolaborasi delegasi kepada teman sejawat.

- a) Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
- b) Mengobservasi TTV, DJJ, Dan His.
- c) Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.
- d) Mengobservasi persalinan melalui partograf
- e) Menganjurkan ibu tidur dalam posisi miring kiri atau kanan.
- f) Menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi
- g) Melibatkan keluarga dalam proses persalinan.
- h) Menyiapkan alat dan bahan sesuai saff.

7. Langkah VII : Evaluasi

Langkah ini merupakan evaluasi semua kegiatan yang dilaksanakan sesuai rencana tindakan, sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose evaluasi yang diharapkan pada kasus ibu.

3.1.DESAIN PENELITIAN DAN RANCANGAN PENELITIAN

3.1.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011). Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan tujuan untuk membuat gambaran tentang keadaan yang bersifat secara objektif, sistematis dan akurat. Pada penelitian ini penulis membahas tentang Asuhan Persalinan normal di Puskesmas Sikumana

3.1.2. Rancangan Penelitian

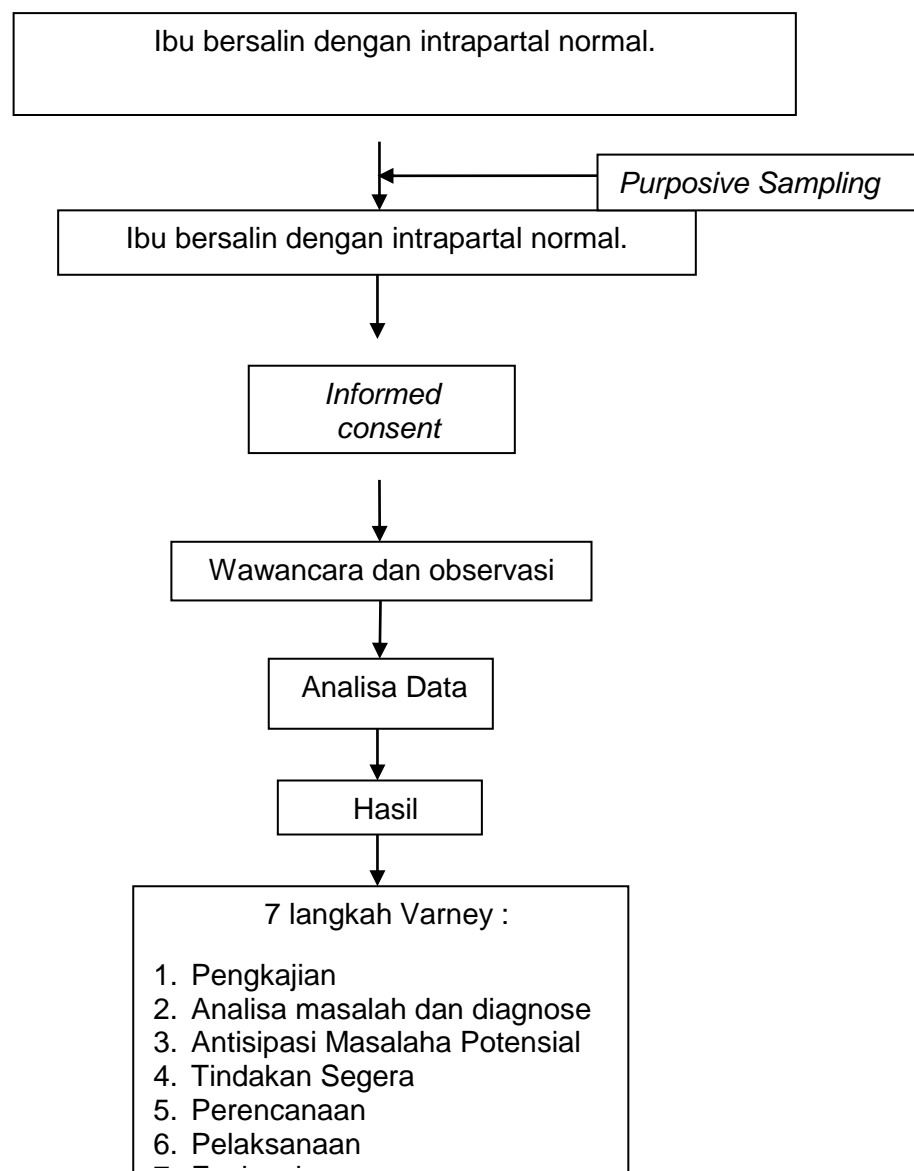
Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antara variabel dalam suatu penelitian (Riyanto, 2011).

Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian studi kasus. Studi kasus merupakan penelitian yang mendalam tentang individu, satu kelompok, satu organisasi, satu program kegiatan dan sebagainya dalam waktu tertentu. Studi kasus menghasilkan data untuk selanjutnya dianalisis untuk menghasilkan teori.

3.2. Kerangka Kerja Penelitian

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur peneliti, mulai dari desain hingga analisis datanya (Hidayat,2010)

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :



Gambar 3.2. Kerangka kerja penelitian kasus pada ibu bersalin dengan intrapartal normal.

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan dalam suatu penelitian. Penentuan sumber data dalam suatu penelitian sangat penting dan menentukan keakuratan hasil penelitian (Metodologi Penelitian Kesehatan, 2011). Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu hamil dengan persalinan normal yang sedang di rawat di Puskesmas Sikumana

3.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili suatu populasi (Metodologi Penelitian Kesehatan, 2011). Pada penelitian ini adalah sampel yang diambil seorang ibu dengan persalinan normal yang sedang di rawat di ruang bersalin Puskesmas Sikumana

3.3.3. Sampling

Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada (Hidayat, 2010).

Teknik sampling yang digunakan adalah *nonprobability sampling* dengan teknik *purposive sampling* yaitu dengan cara peneliti memilih responden berdasarkan pada pertimbangan

subyektif dan praktis, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2011).

3.4. Teknik dan Instrument Pengumpulan Data

3.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses *pengumpulan* karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011).

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian

3.4.2. Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat izin dari ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang dan ketua Prodi Kebidanan untuk studi kasus dilahan ditujukan kepada Kepala Puskesmas Sikumana. Peneliti mengadakan pendekatan dengan calon responden dengan memberikan inform consent. Setelah mendapat persetujuan dari responden, peneliti melakukan pengumpulan data dengan melakukan wawancara dengan pasien dan observasi secara langsung. Setelah melakukan pengumpulan data melalui wawancara dan observasi, data yang telah didapat tersebut diolah dan dianalisa.

3.4.3. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu lembar pengkajian untuk wawancara dan

observasi. Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau pendirian secara lisan dari seseorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*), (Notoatmodjo, 2010). Observasi merupakan suatu metode untuk mengamati dan memahami perilaku seseorang atau kelompok orang dalam situasi tertentu.

Lembar pengkajian terdiri dari data subyektif dan obyektif. Yang dapat diperoleh melalui anamnesa atau wawancara dengan pasien atau keluarga dengan beberapa pertanyaan, sedang untuk data obyektif diperoleh melalui pemeriksaan secara langsung pada pasien.

3.4.4. Tempat dan waktu pelaksanaan penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Puskesmas Sikumana. Waktu penelitian pada tanggal 23-24 Mei 2016.

3.5. Analisa Data

3.5.1. Pengkajian

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data subyektif dilakukan dengan anamnesa, kemudian dilakukan pemeriksaan fisik

sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang

3.5.2. Analisa data dasar

Rumusan maslah dan diagnosa keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Oleh karena itu diagnosa kebidannan pada ibu bersalin adalah : Ibu G...P...A...AH...UK... minggu janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/nahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala....dengan....

3.5.3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan dapat diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

3.5.4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

3.5.5. Menyusun Asuhan secara menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan dari manajemen atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Penyusunan rencana dilakukan berdasarkan teori yaitu manajemen pada ibu bersalin adalah : Ibu G...P...A...AH...UK... minggu janin tunggal/gemeli, hidup/mati, intrauterin/ekstrauterin, presentasi kepala/bokong/nahu, keadaan ibu dan janin baik/tidak inpartu kala....dengan....

3.5.6. Penatalaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagainya oleh klien atau oleh anggota Tim kesehatan yang lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya misalnya, memastikan langkah-langkah

tersebut terlaksana. Pada kasus telah diberikan tindakan asuhan berdasar rencana asuhan yang telah ditetapkan.

3.5.7. Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan kebidanan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Penulis telah mengevaluasi masalah yang ada, sehingga dapat dinilai bagaimana perkembangan pada ibu bersalin.

3.6. Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah surat rekomendasi studi kasus dari kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri program studi Diploma III Kebidanan diterima oleh pihak Puskesmas Sikumana. Dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia.

Masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Penekanan masalah etika penelitian yakni pada beberapa hal berikut ini:

1. Lembar persetujuan (*informed consent*)

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi (Hidayat, 2011).

2. Tanpa nama (anonim)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

3. Kerahasiaan (confidentialy)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalahlainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian (Hidayat, 2011).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Klinik Bersalin Puskesmas Sikumana adalah salah satu bagian dari puskesmas sikumana yang merupakan puskesmas PONED (Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar).yang memiliki fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal Dasar, yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polindes dan puskesmas. Tugas puskesmas PONED adalah menerima rujukan dari fasilitas rujukan dibawahnya, puskesmas pembantu dan pondok bersalin desa, melakukan pelayanan kegawatdaruratan Obstetri sebatas wewenang melakukan rujukan secara aman ke RS dengan penanganan pra Hospital. Puskesmas Sikumana terletak di kelurahan sikumana, kecamatan maulafa, kota Kupang propinsi NTT. Puskesmas sikumana memiliki batasan wilayah kerja sebagai berikut :

1. Sebelah timur berbatasan dengan kecamatan Kupang Tengah
2. Sebelah barat berbatas dengan kecamatan alak
3. Sebelah utara berbatasan dengan kecamatan Oebobo

4. Sebelah selatan berbatasan dengan kecamatan kupang barat.

Klinik bersalin puskesmas sikumana memberikan pelayanan obstetri dan neonatal. Klinik bersalin puskesmas sikumana terdiri dari 16 ruangan, dua ruangan bersalin yang terdiri dari 4 bad, 3 troli berisi alat partus set, heacting set, alat resusitasi, 4 buah meja resusitasi, dua lampu sorot, 4 tempat sampah medis, 4 sampah non medis, 4 sepatu bot, 1 ruangan tempat cuci alat dan stom alat, ruangan bersalin 2 terdapat alat USG, 2 ruangan nifas yang berisis 4 tempat tidur, 4 tiang infus, 4 lemari penyimpanan barang, 2 kipas angin, 2 kamar mandi, 1 ruangan dan 1 lemari penyimpanan obat dan 1 kulkas. 1 ruangan penyimpanan alat, 1 ruangan tidur bidan, 1 buah meja, 6 buah kursi, 1 ruangan kepala, 1 ruangan dapur, 2 kamar mandi bidan, 1 ruangan tempat penyimpanan linen, 1 ruangan tempat penyimpanan pakaian kotor dan 1 ruangan berisi data-data atau dokumen pasien.

Di klinik bersalin puskesmas sikumana pelayanan yang dilaksanakan oleh 12 bidan dan 4 dokter. Sistem kerja petugas kesehatan adalah menggunakan pembagian 3 sif jaga, yakni pagi jam (07.00-14.00 wita), siang (14.00-20.00 wita) dan malam (20.00-07.00 wita)

4.1.2. Hasil Penelitian

Pasien masuk ruangan bersalin Puskesmas Sikumana tanggal 23-05-2016 jam 07.25 wita. Pengkajian di lakukan jam 07.30 Wita pada pasien Ny.L.B.K umur 32 tahun, agama Kristen/protestan suku Timor, bangsa Indonesia, tamat SMA, bekerja sebagai ibu rumah tangga, alamat Sikumana RT 03/RW 01. Suami bernama Tn. J.M umur 42 tahun, agama Kristen/protestan, suku Timor Indonesia, tamat S1, bekerja sebagai Wiraswast, alamat Sikumana Rt 03/RW 01.

Pada data subyektif, didapatkan keluhan utama adalah Ibu mengatakan hamil anak keempat, pernah melahirkan tiga kali, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 06.20 Wita. Ny.L.B.K mengatakan menarche pada umur 16 tahun, siklus 28 hari, lamanya haid 3-4 hari, sifat darah encer dan tidak ada nyeri haid. Ibu mengalami hari pertama haid terakhir sejak tanggal 14-08-2015. Ny. L.B.K sudah menikah syah dengan suaminya. Ny.L.B.k mengatakan pergerakan anak dirasakan pada umur kehamilan 4 bulan, dan melakukan INC secara teratur.

Ny. L.B.K pernah mengikuti KB suntik 3 bulan selama 1 tahun dan tidak pernah menderita penyakit jantung,

hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, dan malaria serta tidak pernah dioperasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan. Dalam keluarga Ny.L.B.K dan Tn.J.M tidak ada yang menderita penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, jiwa, campak, varicela, malaria dan HIV/AIDS. Keluarga juga tidak pernah dioperasi, tidak pernah masuk rumah sakit, tidak pernah alergi obat, tidak pernah kecelakaan, dalam keluarga, baik dari pihak ibu maupun suami tidak ada keturunan kembar. Suami merasa senang dengan kehamilan ini dengan ditandai suami mengantar ibu ke puskesmas untuk melahirkan. Jenis persalinan yang diharapkan adalah normal dengan jenis kelamin yang diharapkan adalah laki-laki atau perempuan. Beban kerja sehari-hari adalah memasak, mencuci, menyapu rumah dan mengurus suami dan anak. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu tidak merokok, tidak miras, tidak menggunakan obat-obatan terlarang, dan tidak minum kopi. Dalam keluarga Ny.L.B.K dan Tn.J.M riwayat latar belakang budayanya tidak ada makanan pantangan dan tidak ada pantangan yang berhubungan dengan persalinan dan nifas.

Riwayat kehidupan sehari-hari dilihat dari pola makan dan minum, jenis makanan pokok adalah: nasi, sayuran,

ikan/tempe/tahu/telur, frekuensi makanan dalam sehari: 3-4 x dan minum air putih 7-8 gelas/hari. Pola eliminasi Ny.L.B.K adalah BAB dengan frekuensi 1-2 x/hari, warna kuning. BAK dengan frekuensi 4-5 x/hari, warna kuning, bau khas feces, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan pola eliminasi. Riwayat pola istirahat Ny.L.B.K tidur siang: 1-2 Jam/hari, tidur malam: 7-8 jam/hari, tidak ada keluhan yang berhubungan dengan pola istirahat. Ibu biasa mandi 2x sehari, sikat gigi 2x sehari, keramas 3x seminggu, ganti pakaian dalam setiap kali basah, ganti pakaian luar 2x sehari.

Pada data obyektif keadaan umum Ny.L.B.K baik, kesadaran sadar penuh dan respon terhadap rangsangan, bentuk tubuh lordosis. Pemeriksaan tanda vital TD: 100/60 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,4 °C, RR: 20x/menit. BB 54 kg, Lila 24,4 cm. Pada pemeriksaan fisik dilakukan inspeksi dan palpasi. Kepala tidak ada benjolan, rambut bersih, tidak ada ketombe, wajah bentuk oval, tidak pucat, tidak edema dan tidak ada cloasma gravidarum, mata konjungtiva merah muda, sklera putih, pada kelopak mata tidak ada oedema, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis pada gigi tidak ada karies, leher: tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada bendungan vena jugularis, dada simetris, pada areola mammae kiri dan kanan ada

hiperpigmentasi, puting susu menonjol, tidak ada benjolan dan colostrum ada, perut membesar sesuai usia kehamilan, ada linea nigra, tidak ada striae albicans, tidak ada bekas luka operasi, Leopold I: TFU 2 jari bawah PX, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting, Leopold II: pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan, pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin, leopold III: pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan. leopod IV: kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (divergen). MC Donald: 31 cm TBBJ: 3100 gram, auskultasi: yaitu denyut jantung janin terdengar jelas, keras dan teratur dengan punctum maksimum di sebelah kanan bawah pusat dengan frekuensi 135 x/menit. His 4-5x dalam 10 menit durasi 45-50 detik. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ada varises dan tidak ada oedema, pemeriksaan pada genetalia vulva: tidak ada edema, vagina: tidak ada varises, pengeluaran pervaginam berupa lendir darah.

Pemeriksaan dalam Jam: 07.35 wita, vulva tidak ada oedema, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, posisi ubun-ubun kecil kiri depan, tidak ada molase, turun hodge III-IV, tidak ada haemoroid. Tidak dilakukan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan khusus lainnya.

Analisa masalah dan Diagnosa kebidanan pada kasus yaitu G₄P₃A₀AH₃ Uk 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik inpartu kala II fase aktif. Data yang menunjang diagnosa di atas adalah:

1. Data subyektif : Ibu mengatakan hamil anak keempat, pernah melahirkan tiga kali, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang.

2. Data obyektif :

Pemeriksaan abdomen:

a. Leopold I : TFU 2 jari bawah PX, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting

b. Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan, pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin

c. Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan

d. Leopold IV : kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergen) 2/5

His : 4-5x10 menit durasi 45-50 detik

Pemeriksaan Dalam: Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban utuh, bagian terendah kepala, tidak ada molase, turun hodge III-IV.

Antisipasi masalah potensial yang dapat terjadi antara lain dalam kala I persalinan adalah inersia uteri, kelainan his dan persalinan lama, kala II persalinan adalah presentasi muka, distosia bahu, letak lintang dan letak sungsang, kala III persalinan adalah atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir dan kelainan darah, kala IV persalinan adalah perdarahan post partum.

Tindakan segera yang dilakukan pada kasus ini adalah segera melakukan kolaborasi dengan dokter apabila terdapat salah satu tanda komplikasi dari setiap kala.

Perencanaan tindakan pada kasus Ny.L.B.K menggunakan perencanaan asuhan kebidanan pada kala II fase aktif yaitu informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin, lakukan informed consent, lakukan pemantauan atau observasi menggunakan lembar partograf, ajarkan teknik relaksasi kepada ibu yaitu dengan cara menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut serta ajarkan dan anjurkan keluarga untuk melakukan masase pada punggung ibu saat his, anjurkan ibu berbaring dalam posisi miring yang benar yaitu

kaki bagian bawah diluruskan dan kaki bagian atas ditekuk, anjurkan ibu untuk berkemih setiap 2 jam atau lebih jika ibu merasa ingin berkemih/jika kandung kemih terasa penuh, anjurkan ibu untuk makan dan minum diantara his, persiapkan alat-alat, bahan dan obat-obatan pada troly saff I, II dan III, atur posisi nyaman bagi ibu, ajarkan ibu cara mengedan yang benar dan tolong persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan Normal.

Pelaksanaan tindakan yaitu mengikuti rencana asuhan yang telah diberikan yaitu melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 langkah APN. Evaluasi yaitu ibu dan bayi dirawat selama 1 hari di Puskesmas Sikumana . Pada hari , karena keadaan umum ibu dan bayi sudah stabil, maka diperbolehkan pulang dan dilanjutkan dengan kunjungan rumah 3 hari dan pada hari keempat ibu diantar kembali kontrol di Poli KIA Puskesmas Sikumana.

4.2. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari hasil wawancara langsung dengan pasien atau dari keluarga (Sudarti 2010), pada kasus ini penulis pengkajian terhadap umur untuk mengetahui resiko pada persalinan karena menurut Depkes (2007) umur produktif berkisar 20-35 tahun, pada kasus ini di dapatkan data bahwa umur ibu 32 tahun dan masih dalam usia produktif.

Penulis juga mengkaji keluhan utama ibu yaitu ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang bagian belakang sejak jam 06.20 Wita keluar lendir dan darah lewat jalan lahir. Menurut Manuaba (2008), inpartu di tandai dengan keluarnya lendir darah, karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement) kala dimulai dari pembukaan nol sampai pembukaan lengkap, lamanya kala I untuk primigravida berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multi gravid berlangsung ± 8 jam.

Penulis mengkaji riwayat menstruasi Ny. L.B.K dimana HPHT tanggal 14-08-2015 dan Tp: 21-05-2016, umur kehamilan 40 minggu. Menurut Manuaba (2008) Usia Gestasi Aterm adalah 37 minggu s/d 40 minggu. Pada kasus ini di dapatkan umur kehamilan ibu 40 minggu dan termasuk usia aterm.

Penulis juga mengkaji riwayat kehamilan sekarang dimana Ny.L.B.K saat ini hamil anak ke 4, selama hamil ibu priksa di

puskesmas Sikumana sebanyak 8x, dan mendapatkan imunisasi TT 5 kali. Menurut Prawihardjo (2009), ibu dengan kehamilan lebih dari 3 kali, kemungkinan terjadi atonia uteri dan perdarahan post partum, karena terjadi perengangan uterus sehingga terjadi inersia uterus yang menyebabkan atonia uterus dan perdarahan post partum.

Data obyektif adalah data yang diperoleh melalui pemeriksaan umum pada pasien, baik pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan penunjang (Sudarti, 2010). Menurut Rohani (2011), Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

- a. Fase Laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimuali sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam
- b. Fase Aktif (pembukaan serviks 4-10 cm) berlangsung dalam 6 jam, dibagi dalam 3 subfase, yakni:
 - 1) Periode Akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm
 - 2) Periode Dilatasi Maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm

3) Periode Deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2cm/jam.

Pada kasus didapatkan his teratur 4-5x10 menit durasi 45-50 detik. Pada pemeriksaan dalam didapatkan portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban utuh presentase kepala, tidak ada molase, turun hodge III-IV,

Kesimpulannya pada pengkajian data subyektif dan obyektif tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

2. Analisa Masalah dan Diagnosa

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut dapat diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Baik rumusan masalah maupun masalah keduanya harus ditangani (Soepardan, 2007).

Diagnosa kebidanan pada persalinan normal G...P...A...AH...
UK...minggu, janin tunggal/gemeli, hidup/mati,

intrauterine/ekstrauterine, letak kepala/bokong/bahu, keadaan jalan lahir, keadaan janin dan ibu baik atau tidak, inpartu kala 1 fase laten/ aktif/Kala II.

Pada kasus Diagnosa kebidanan pada persalinan normal G₄P₃A₀AH₃ UK 40 minggu, janin tunggal, hidup, intrauterine, presentase kepala, keadaan jalan lahir baik, keadaan umum ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif.

Data yang menunjang diagnosa di atas adalah:

a. Data subyektif: Ibu mengatakan hamil anak keempat, pernah melahirkan tiga kali, tidak pernah keguguran, sudah tidak haid selama 9 bulan, Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang.

b. Data obyektif:

Pemeriksaan abdomen:

- 1) Leopold I : TFU 2 jari bawah PX, pada fundus teraba bundar, lunak dan tidak melenting
- 2) Leopold II : Pada perut ibu bagian kiri teraba datar, keras dan memanjang seperti papan, pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian kecil janin
- 3) Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan
- 4) Leopod IV : kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (Divergen) 2/5

His : 4-5x10 menit durasi 45-50 detik

Pemeriksaan Dalam : Portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kantong ketuban utuh , bagian terendah kepala, tidak ada molase, turun hodge III-IV.

Kesimpulanya pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

3. Antisipasi Masalah Potensial

Masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera ditangani dapat mengganggu keselamatan hidup klien. Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi masalah potensial yang mungkin terjadi pada ibu sehingga petugas kesehatan dapat berkolaborasi dengan dokter serta tim kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien (Wildan, 2008).

Menurut Kusumawati (2006) dan Jannah (2014), masalah yang dapat timbul dalam kala I persalinan adalah inersia uteri, kelainan his dan persalinan lama, kala II persalinan adalah presentasi muka, distosia bahu, letak lintang dan letak sungsang, kala III persalinan adalah atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir dan kelainan darah, kala IV persalinan adalah perdarahan post partum.

Dalam kasus antisipasi masalah potensial yang dapat terjadiantara lain dalam kala I persalinan adalah inersia uteri, kelainan his dan persalinan lama, kala II persalinan adalah

presentasi muka, distosia bahu, letak lintang dan letak sungsang, kala III persalinan adalah atonia uteri, retensio plasenta, laserasi jalan lahir dan kelainan darah, kala IV persalinan adalah perdarahan post partum.

Kesimpulannya pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus.

4. Tindakan Segera

Tindakan segera dibuat berdasarkan hasil identifikasi pada diagnosa potensial. Pada langkah ini mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau tenaga kesehatan lain atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien untuk mengantisipasi sehingga masalah potensial tidak terjadi. Situasi lainnya tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter (Ambarwati, 2010).

Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu).

Pada kasus tindakan segera yang dilakukan adalah segera melakukan kolaborasi dengan dokter apabila terdapat salah satu

tanda komplikasi dari setiap kala. Sehingga penulis menyimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

5. Perencanaan

Menurut wildan dan Hidayat (2008), langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Perencanaan yang harus dipikirkan pada kasus persalinan normal adalah: pertolongan persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan Normal.

Menurut Saifudin (2010), penanganan pada ibu bersalin kala I meliputi: informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin, lakukan informed consent, lakukan pemantauan atau observasi menggunakan lembar partograf, ajarkan teknik relaksasi kepada ibu, anjurkan ibu berbaring dalam posisi miring yang benar, anjurkan ibu untuk berkemih setiap 2 jam atau lebih jika ibu merasa ingin berkemih/jika kandung kemih terasa penuh, anjurkan ibu untuk minum diantara his, persiapkan alat-alat, bahan dan obat-obatan pada trolley I, II dan III, atur posisi nyaman bagi ibu, ajarkan ibu cara mengedan yang benar dan tolong persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan Normal.

Perencanaan tindakan pada kasus Ny.L.B.K menggunakan perencanaan asuhan kebidanan pada kala II fase aktif yaitu:

informasikan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga tentang kondisi ibu dan janin, Lakukan informed consent, Lakukan pemantauan atau observasi menggunakan lembar partograf, Ajarkan teknik relaksasi kepada ibu yaitu dengan cara menarik napas melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut, Anjurkan ibu berbaring dalam posisi miring yang benar yaitu kaki bagian bawah diluruskan dan kaki bagian atas ditekuk dan tidak boleh berbaring lurus, Anjurkan ibu untuk berkemih setiap 2 jam atau lebih jika ibu merasa ingin berkemih/jika kandung kemih terasa penuh, Anjurkan ibu untuk minum diantara his, Persiapkan alat-alat, bahan dan obat-obatan pada trolley I, II dan III, Atur posisi nyaman bagi ibu, Ajarkan ibu cara mengedan yang benar, Tolong persalinan sesuai 58 langkah Asuhan Persalinan Normal. Pada kasus ini tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

6. Pelaksanaan

Pelaksanaan dalam pertolongan persalinan adalah dengan melakukan pertolongan persalinan dengan 58 langkah asuhan persalinan normal. Pada kasus pelaksanaan yang dilakukan pada Ny.L.B.K adalah melakukan asuhan sesuai dengan perencanaan yaitu melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal. Pelaksanaan yang dilakukan seperti observasi TTV ibu, kontraksi uterus, DJJ dan PPV, menganjurkan ibu untuk menarik nafas panjang melalui hidung dan melepaskan

secara perlahan-perlahan melalui mulut, dan melakukan pertolongan persalinan menggunakan 58 langkah APN, sehingga dapat di simpulkan bahwa tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

7. Evaluasi

Evaluasi meliputi evaluasi hasil asuhan dan evaluasi proses asuhan kebidanan. Evaluasi apabila observasi dilakukan dengan baik dan ditatalaksanakan dengan baik minimal 2x24 jam pasien bisa pulang, apabila ada komplikasi pasien dirawat selama 3 hari (Tresnawati, 2012).

Pada kasus pasien partus normal, Keadaan umum ibu dan bayi baik. Ibu dan bayi dirawat di Puskesmas Sikumana selama 2x24 jam dan dilanjutkan dengan kunjungan rumah selama 3 hari. Pada kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan kebidanan pada Ny.L.B.K umur 32 tahun Gh₄P₃A₀AH₃, UK 40 minggu janin tunggal hidup Intra-uterine, pres-kep, inpartu kala II fase aktif Keadaan ibu dan janin baik di ruang bersalin Puskesmas Sikumana, penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil pengkajian dari data subjektif didapatkan ibu mengatakan hamil anak ke-4, pernah melahirkan 3 kali, tidak pernah keguguran, umur kehamilan 9 bulan, ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam 06.20 WITA dan data Objektif : KU baik.
2. Interpretasi data dasar kasus Ny. L.B.K analisa masalah diagnosa ditegakkan berdasarkan data subjektif yang mendukung yaitu keluhan pasien yang menyatakan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir serta nyeri perut bagian bawah menjalar ke pinggang dan pada pemeriksaan dalam pembukaan serviks 10 cm.
3. Diagnosa yang ditegakkan yaitu tidak ada masalah potensial
4. Kebutuhan akan tindakan segera dalam kasus ini adalah tidak ada.
5. Perencanaan asuhan kebidanan pada persalinan pada kasus ini adalah:

- a) Berikan asuhan sayang ibu
 - b) Lakukan asuhan persalinan sesuai APN
6. Pelaksanaan dilakukan sesuai dengan rencana dan tidak melakukan hambatan yaitu:
- a. Hasil pemeriksaan bahwa ibu telah memasuki persalinan kala I fase aktif
 - b. Mengajarkan dan menganjurkan ibu melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas panjang untuk mengurangi rasa nyeri. Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan.
 - c. Memberikan motivasi dan dukungan moril kepada ibu dengan keadaan yang sedang dialaminya. Motivasi dan dukungan moril pada ibu telah diberikan dan ibu menerima keadaan yang sedang dialaminya.
 - d. Melakukan persiapan persalinan normal. Telah dilakukan
7. Evaluasi dari pelaksanaan asuhan kebidanan sesuai yang diharapkan. Persalinan pada kehamilan risiko sangat tinggi dapat diatasi dengan baik ditandai dengan:
- a. KU ibu baik, sadar penuh, TTV: TD: 100/60 mmHg, S: 36,4 °C, N: 82 x/ menit, kontraksi uterus 4-5 10'~45-50", pembukaan lengkap pukul 07.35 WITA portio tidak teraba, KK negatif, kepala TH IV.
 - b. Partus normal pukul 07.45 wita, bayi lahir spontan pervaginam, langsung menangis. Keadaan ibu dan bayi baik.

- c. Plasenta lahir utuh, tidak ada robekan, dan perdarahan pervaginam \pm 100 ml.

5.2. Saran

1 Bagi Penulis

Diharapkan hasil dari kasus dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan bagi penulis dalam memberikan Asuhan Kebidanan Intrapartal Multigravida dengan Persalinan Normal

2 Bagi Bidan

Diharapkan Bidan tetap mempertahankan kinerja yang sudah baik dalam mendapatkan asuhan kebidanan intrapartal dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan sesuai dengan kondisi pasien.

3 Bagi Institusi

a. Puskesmas

Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk mempertahankan pemberian asuhan atau pelayanan kebidanan secara efektif dan efisien khususnya pada Intrapartal Multigravida dengan Persalinan Normal.

b. Pendidikan

Dapat digunakan sebagai sumber bacaan untuk tugas akhir selanjutnya atau dijadikan referensi untuk meningkatkan

kualitas pendidikan khususnya pada asuhan kebidanan intrapartal multigravida dengan persalinan normal.

4 Bagi pasien.

Diharapkan melakukan INC di fasilitas kesehatan terdekat sehingga apabila terjadi resiko pada persalinan dapat dideteksi sedini mungkin dan kesakitan/kematian pada ibu akibat persalinan dapat diminimalkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asri, Dwi, dkk. 2012. Asuhan Persalinan Normal. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rohani, dkk 2011, *Asuhan Kebidanan Pada Masa Persalinan*, Jakarta: Salemba Medika
- Sarwono Prawirohardjo, 2009, Ilmu Kebidanan, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Sarwono prawirohardjo, 2002, Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Hartuti T, 2010, Panduan Ibu Hamil Melahirkan dan Merawat Bayi, UBA Press
- Asri, Cristine, 2012, Asuhan Persalinan Normal, Yogyakarta: Nuha Medika
- Varney Helen, dkk, 2007 Asuhan Kebidanan .Jakarta: EGC
- Sudigdo Sastroasmoro. 2011, Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis, Edisi Ke-4
- Sugiyono, 2011, Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan kuantitatif, kualitatif, dan R&D, Bandung: Alfabeta
- Soepardan S.2007.Konsep Kebidanan.Jakarta: EGC
- Sumiaty dkk, 2014.konsep Kebidanan Pendokumentasian manajemen kebidanan, Bogor: IN Media
- Manuaba. 2001. Ilmu kebidanan, penyakit kandungan dan KB Edisi 2. Jakarta
- Varney. Helen, dkk. 2008. Asuhan Kebidanan. Jakarta: EGC.

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon Responden Studi Kasus Mahasiswi Jurusan Kebidanan

STIKes Citra Husada Mandiri Kupang

Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya mahasiswi kebidanan STIKes CHM-Kupang jalur Khusus angkatan VI mengadakan studi kasus pada Ny. L.B.K umur 32 tahun, dengan persalinan normal di klinik bersalin Puskesmas Sikumana.

Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu. Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasi dan kerja samanya saya ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya

(Maria Yustina Fony Ale)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Judul : Asuhan Kebidanan Pada Multigravida Intrapartal Dengan Asuhan Persalinan Normal Di Ruang Bersalin puskesmas Sikuman

Peneliti : Maria Yustina Fony Ale

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud studi kasus ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan diri saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsure paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam studi kasus ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini

Kupang, 23 Mei 2016

Responden

(Ny. L.B.K)

Lampiran 3

ASUHAN KEBIDANAN PADA NY. L.B.K G4P3A0AH3,UK: 40
MINGGU JANIN TUNGGAL HIDUP, INTRA UTERI,
PRESENTASE KEPALA, INPARTU KALA II FASE AKTIF,
KEADAAN UMUM IBU DAN JANIN BAIK, DI RUANGAN
BERSALIN PUSKESMAS SIKUMANA

Tanggal 23-27 Mei 2016

Tanggal pengkajian : 23-Mei-2016 Jam : 07.30 Wita

Oleh Mahasiswa : Maria Yustina F. Ale Nim : 132111174

I. Pengkajian

A. DATA SUBJEKTIF

1. Biodata

Nama istri	: Ny. L.B.K	Nama suami	: Tn. J. M
Umur	: 32Tahun	Umur	: 42 Tahun
Agama	: K.P	Agama	: K.P
Suku/bangasa	: Timor/Indonesia	Suku/bangsa	: Timor/Indonesia
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Wiraswasta
Alamat kantor	: -	Alamat kantor:	-
Alamat rumah	: Sikumana RT 3/ RW 01		

2. Keluhan utama masuk kamar bersalin:

Ibu mengatakan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah tanggal 23-05-2016, dan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak tadi jam: 06.20 Wita

3. Riwayat haid

- a Menarche : 16 tahun
- b Siklu : 28 hari
- Lamanya darah : 3-4 hari
- c Sifat darah : Encer
- d Nyeri haid : Tidak ada
 - a) HPHT : 14-08-2015
 - b) TP : 21-05-2016

4. Riwayat Menikah

- a. Status pernikahan : Syah
- b. Lamanya menikah : 13 tahun
- c. Umur pada saat menikah : 20 tahun

5. Riwayat kehamilan yang lalu

- a. Pergerakan anak dirasakan sejak : Usia kehamilan 5 bulan
- b. ANC berapa kali : 8 kali mulai UK : 2 bulan
- c. Tempat ANC : Puskesmas Sikumana

6. Riwayat persalinan yang lalu

No	Tanggal Persalinan	Jenis persalinan	UK	Penolong	Tempat	Keadaa n bayi LH/LM	JK	BB/PB	KET
1	2002	Normal	Aterm	Dokter	RS	LH	L	3000 kg	Sehat
2	2005	Normal	Aterm	Bidan	Puskesmas	LH	L	2.900 kg	sehat
3	2009	Normal	Aterm	Bidan	Puskesmas	LH	P	3.100 kg	sehat
4	INI	G4P3AOA H3	UK	40 minggu					

7. Riwayat keluarga berencana

- a. KB yang pernah digunakan : Suntik 3 bulan
- b. Lamanya : 1 tahun
- c. Efek samping : Berat badan bertambah
- d. Alasan berhenti : Ibu mengatakan ingin punya anak lagi

8. Riwayat kesehatan

Penyakit yang pernah di derita :

- a. Jantung : Tidak ada
- b. HIV/AIDS : Tidak ada
- c. Hipertensi : Tidak ada
- d. Hepatitis : Tidak ada
- e. Jiwa : Tidak ada
- f. Campak : Tidak ada
- g. Varicela : Tidak ada
- h. Malaria : Tidak ada
- i. lain-lain : Tidak ada

9. Riwayat kesehatan keluarga dan penyakit keturunan

- a. Jantung : Tidak ada

- b. Hipertensi : Tidak ada
- c. Hepatitis : Tidak ada
- d. Jiwa : Tidak ada
- e. Campak : Tidak ada
- f. Varicela : Tidak ada
- g. Malaria : Tidak ada
- h. lain-lain : tidak ada

10. Keadaan psikososial

- a. Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan : Ibu dan keluarga senang terhadap kehamilan ini
- b. Dukungan keluarga : sangat baik.
- c. Beban kerja dan kegiatan sehari-hari : Ibu melakukan pekerjaan seperti memasak, mencuci , menyapu.
- d. Jenis kelamin yang diharapkan : Laki-laki
- e. Pengambilan keputusan dalam keluarga : Bersama
- f. Perilaku kesehatan
 - a) Rokok : Tidak ada
 - b) Konsumsi obat terlarang : Tidak ada
 - c) Minum kopi : Tidak ada

11. Latar belakang budaya

- a. Kebiasaan melahirkan ditolong oleh : Bidan
- b. pantangan makanan : Tidak ada
- c. Kepercayaan yang berhubungan dengan persalinan : Tidak ada

d. Kepercayaan yang berhub. Dengan nifas : Tidak ada

12. Riwayat seksual

Apakah ada perubahan pola hubungan seksual:

a. TM I : Tidak ditanyakan

b. TM II : Tidak ditanyakan

c. TM III : Tidak ditanyakan

Apakah ada penyimpangan atau kelaianan seksual: Tidak ditanyakan

13. Riwayat diet atau makanan

a. Jenis makanan pokok : Nasi

b. Porsinya : 1 piring

c. Lauk pauk : Tahu, tempe, ikan, telur

d. Minum air dan susu : Air putih 7-8 gelas / hari

e. Keluhan : Tidak ada

14. Riwayat pola eliminasi

a. BAK

a) Frekuensi : 6-7 kali/hari

b) Bau : Khas Amoniak

b. BAB

a) Frekuensi : 1-2 kali/hari

b) Bau : Khas Feses

c) Konsistensi : Lembek

d) Keluhan : Tidak ada

15. Riwayat pola istirahat

- a. Tidur siang : 1-2 jam/ hari
- b. Tidur malam : 7-8 jam

16. Riwayat kebersihan diri

- a. Mandi : 2 kali/hari
- b. Sikat gigi : 2 kali/hari
- c. Ganti pakaian dalam : 3 kali/hari
- d. Ganti pakaian luar : 2 kali/hari
- e. Perawatan payudara : Dilakukan sejak hamil dengan menggunakan baby oil dan kapas sebelum mandi

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
- c. Bentuk tubuh : Lordosis
- d. Ekspresi wajah : Cerah
- e. Tanda-tanda vital : Suhu : 36,4 °c TD : 100/60 mmHg
Nadi : 82 kali/menit, RR : 20 kali/menit,
BB sebelum hamil : 42 kg
BB saat hamil : 54 kg
LILA : 24,4 cm

2. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

a) Kepala : Normal

b) Rambut : Bersih, tidak rontok

c) Wajah :

(a) Bentuk : Oval

(b) Pucat : Tidak

(c) Cloasma gravidarum : Ada

(d) Oedema : Tidak ada

d) Mata

(a) Conjunctiva : Merah muda

(b) Sclera : Putih

(c) Oedema : Tidakada

e) Mulut

(a) Mukosa bibir : Lembab

(b) Warna bibir : Merah muda

(c) Stomatitis/sariawan : Tidakada

f) Gigi

(a) Kelengkapan gigi : Lengkap

(b) Caries gigi : Tidakada

g) Tenggorokan :

(a) Warna : Merah muda

(b) Tonsil : Tidak ada

h) Leher :

- (a) Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak
- (b) Adakah pembesaran kelenjar thyroid : Tidak
- (c) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak

i) Dada :

- (a) Bentuk : Simetris
- (b) Mamae
 - Bentuk : Simetris
 - Areola : Hiperpigmentasi
 - Putting susu : Menonjol

j) Perut

- (a) Bentuk : Membesar
- (b) Linea nigra/alba : Ada
- (c) Striae albicans /livide : Ada
- (d) Bekas luka operasi : Tidak ada

k) Ekstremitas

- (a) Bentuk : Normal
- (b) Varices : Tidak ada
- (c) Oedema : Tidak ada

l) Vulva vagina dan anus :

- (a) Bentuk : Normal
- (b) PPV : Ada lendir darah
- (c) Varises : Tidak ada

(d) Haemoroid : Tidak ada

b. Palpasi

a) Kepala : Normal, tidak ada benjolan

b) Leher :

(a) Adakah pembesaran kelenjar limfe : Tidak ada

(b) Adakah pembesaran kelenjar thyroid : Tidak ada

(c) Adakah pembendungan vena jugularis : Tidak ada

c) Perut :

(a) Leopold I : Tfu 2 jari dibawah px, pada fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting (bokong)

(b) Leopold II : Pada perut bagian kiri teraba keras datar, memanjang, seperti papan (pu-ki). Pada perut bagian kanan teraba bagian terkecil janin.

(c) Leopold III : Pada perut ibu bagian bawah teraba bulat keras tidak melenting (kepala)

(d) Leopold IV : Bagian terbawah janin sudah masuk PAP (Divergen) penurunan kepala 2/5

(e) Mc Donald : 31 cm

(f) TBBAJ : 3100 gram

c. Auskultasi:

a) DJJ : Terdengar keras,jelas dan teratur

b) Frekuensi : (+) 135 kali/menit

d. Perkusi :

Reflex patella : Tidak dilakukan

e. Pemeriksaan Dalam

Tanggal : 23-05-2016 Jam : 07.35 wita

Oleh : Maria Yustina F. Ale

a) Vulva : Normal

b) Vagina : Normal

c) Portio : Tidak teraba

d) Pembukaan : 10 cm

e) Kantong ketuban : Positif

f) Bagian terendah : Kepala

g) Posisi : UUK depan

h) Turun hodge : III

f. Pemeriksaan Laboratorium

a) Urine

(a) Reduksi : Tidak dilakukan

(b) Albumin : Tidak dilakukan

b) Darah

(a) HB : Tidak dilakukan

(b) Golongandarah : Tidak dilakukan

g. Pemeriksaan Khusus

a) USG : Tidak di lakukan

b) Rontgen : Tidak di lakukan

II. ANALISA MASALAH DAN DIAGNOSA

Diagnosa	Data Dasar
Ibu G4P3AOAH3, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intra uteri preskep, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif	<p>DS: ibu mengatakan hamil anak ke-4, melahirkan 3 kali, tidak pernah keguguran, anak hidup 3 orang, pergerakan janin masih dirasakan dalam 24 jam terakhir sering kali</p> <p>Mengatakan perutnya terasa mules dan nyeri pinggang menjalar ke perut bagian bawah, serta keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir sejak jam: 06.20 wita</p> <p>HPHT:14-08-2015</p> <p>DO:TP: 21-05-2016</p> <p>KU: Baik, Kesadaran: Composmentis</p> <p>TD: 100/60 mmHg, S: 36,4°C ,</p> <p>N: 82 x/menit , RR: 20x/menit</p> <p>⇒ Inspeksi</p> <p>Wajah : Tidak pucat, tidak ada oedema</p> <p>Mata : Konjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada oedema</p> <p>⇒ Palpasi</p> <p>Abdomen</p> <p>Leopold I: TFU 2jri di bawah px, pada fundus teraba bulat lunak dan tidak melenting (bokong)</p>

<p>Masalah gangguan rasa nyaman</p>	<p>Leopold II: Pada bagian kiri perut ibu teraba keras, datar dan memanjang seperti papan (punggung kiri), dan bagian kanan perut ibu teraba bagian-bagian terkecil janin (ekstremitas).</p> <p>Leopold III: pada bagian bawah perut ibu, teraba bulat, keras, dan melenting (kepala) dan tidak dapat digoyangkan..</p> <p>Leopold IV: Bagian terendah janin sudah masuk PAP (Divergen)</p> <p>Mc. Donald: 31 cm TBBJ: 3100 gram HIS:4-5x/10 menit, lama: 45-50 detik Ekstremitas : oedema (-/-), varises (-/-)</p> <p>⇒ Auskultasi</p> <p>Abdomen : DJJ (+), frekuensi:135x/menit, kuat, teratur terdengar jelas pada bagian kiri perut ibu</p> <p>Perkusi</p> <p>Ekstremitas : refleks patella kiri/kanan (+/+)</p> <p>1. Pemeriksaan obstetric</p> <p>Tanggal : 23-05-2016 jam: 07.35 wita</p> <p>Hasilnya VT: v/v tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, kk (+), presentase kepala, UUK kiri depan, Turun Hodge: III</p>
-------------------------------------	--

	<p>Ds : Ibu mengatakan sakit pinggang menjalar keperut bagian bawah</p> <p>Do : Ekspresi wajah : meringis kesakitan saat ada his.</p> <p>HIS 4-5 x 10 menit lamanya 45-50 detik.</p>
--	--

III. Antisipasi Masalah Potensial

Tidak ada

IV. Tindakan Segera

Tidak ada

V. Perencanaan

Tanggal : 23-05-2016 jam: 07.35 WITA

Diagnosa : G4P3A0 AH3, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intra-uteri, pres-kep, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif

1. Lakukan pendekatan pada ibu dan keluarga

R/ Pendekatan pada ibu dan keluarga dapat menjalin hubungan baik antara ibu dan petugas kesehatan sehingga ibu dan keluarga lebih kooperatif dalam asuhan yang diberikan

2. Informasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan.

R/ informasi tentang hasil pemeriksaan dan kemajuan persalinan merupakan hak ibu sebagai pasien

3. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

R/ lingkungan yang aman dan nyaman merupakan tindakan pencegahan infeksi.

4. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum selama persalinan

R/ dehidrasi bisa menyebabkan melemahnya tenaga untuk mengejan karena cairan dan nutrisi ibu sendiri diolah oleh tubuh dan diproduksi sebagai bahan energi.

5. Anjurkan ibu bila tidur miring kiri

R/ tidur miring kiri mengurangi tekanan pada vena inferior

6. Anjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan

R/ pendampingan pada saat persalinan merupakan asuhan sayang ibu

7. Jelaskan pada ibu posisi-posisi selama persalinan

R/ posisi yang baik dan nyaman mendukung kelancaran proses persalinan

8. Siapkan alat dan bahan yang digunakan dalam menolong persalinan sesuai isi SAFF

R/ persiapan alat dan bahan yang lengkap mempermudah dalam pertolongan persalinan.

Masalah :

1. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri yang dirasakan.

R/ penjelasan mengenai penyebab/keadaan dari masalah pasien merupakan hak ibu sebagai pasien.

2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi

R/ teknik relaksasi merupakan tindakan untuk mengurangi nyeri.

3. Anjurkan dan ajarkan keluarga untuk melakukan teknik relaksasi dan menekan daerah lumbal (pinggang) ibu pada saat his.

R/ penekanan pada daerah lumbal dapat merangsang saraf untuk bekerja.

VI. Pelaksanaan

Tanggal : 23-05-2016 jam : 07.40 WITA

Diagnose : G4P3A0 AH3, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intra-uteri, pres-kep, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif

1. Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu keadaan ibu dan ajnin baik, pembukaan serviks 10 cm, beberapa saat lagi ibu akan melahirkan

M/ ibu dan keluarga merasa senang dengan informasi yang disampaikan

2. Ciptakan lingkungan yng aman dan nyaman, dengan membersihkan ruangan dan menutup pintu untuk menjaga privasi ibu, sehingga ibu merasa nyaman dengan tindakan yang diberikan.

M/ lingkungan telah dibersihkan, pintu ruangan ditutup, dan ibu merasa nyaman

3. Menganjurkan ibu untuk makan dan minum selama proses persalinan, mengkonsumsi makanan yang sama seperti biasa, dan juga minum air putih, dan teh hangat.

M/ keluarga sudah bantu ibu untuk memberi makan minum

4. Menganjurkan ibu tidur miring kiri, dengan kaki bagian bawah lurus, dan bagian atas dilipat.

M/ ibu menerima anjuran dan sudah tidur miring kiri.

5. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi ibu selama persalinan, untuk membantu mengatur posisi ibu, membantu ibu memberi ma/mi.

M/ keluarga menerima anjuran untuk mendampingi ibu

6. Menjelaskan pada ibu posisi selama persalinan yaitu: posisi merangkak, posisi jongkok, posisi berbaring miring, posisi setengah duduk.

M/ Ibu memilih posisi setengah duduk.

7. Menyiapkan alat dan bahan yang digunakan untuk menolong persalinan sesuai isi SAFF yaitu :

SAFF I:

- a. Bak partus steril berisi: sarung tangan 2 pasang, klem 2 buah, gunting tali pusat, kasa steril secukupnya, pengikat tali pusat, $\frac{1}{2}$ koher, gunting episiotomy.

- b. Dispo 1cc, 3cc dan 5cc, kom air dtt, betadine, bengkok, baki berisi (kasa DTT, keteter DTT), tempat obat-obatan (oksitosin, vitamin K, metergin, salep mata).
- c. Korentang, larutan clorin spray untuk cuci tangan alternatif, kom kapas kering.

SAFF II:

Bak steril berisi set hetting yaitu: sarung tangan 1 pasang, pinset anatomis dan sirurgis 1 buah, jarum hetting, kasa secukupnya. Tempat klorin untuk sarung tangan atau tempat dispo bekas, tempat ampul bekas, tempat plasenta, pengisap lendir, tensi meter, stetoskop, thermometer.

SAFF III:

Pakaian ibu (kain panjang bersih, baju, pembalut, celana dalam).

Pakaian bayi (topi, popok, baju, kain bayi, sarung tangan, sarung kaki). Perlengkapan APD (celemek, topi, masker, kaca mata).

Perlengkapan infuse set (aboct, No16-18, cairan infuse, tourniquet, handscone, plaster, kasa).

Perlengkapan resusitasi set

Tempat pakaian kotor

Masalah : gangguan rasa aman dan nyaman

1. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri yang ibu rasakan berasal dari kepala janin yang bergerak di dalam rahim, sehingga perut ibu merenggang dan terasa sakit

M/ ibu mengerti dengan penjelasan dengan penjelasan yang diberikan

2. Mengajarkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi yaitu dengan menarik napas panjang melalui hidung, dan menghembusnya melalui mulut

M/ ibu menerima anjuran dan bersedia melakukannya.

3. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk menekan daerah lumbal /pinggang ibu pada saat his, agar rasa nyeri yang dirasakan ibu berkurang

M/ keluarga menerima anjuran yang diberikan dan bersedia melakukannya.

VII. Evaluasi

Tanggal : 23-05-2016 jam: 07.45 WITA

Diagnose : G4P3A0AH3, UK 40 minggu, janin tunggal hidup intra-uterin, pres-kep, keadaan ibu dan janin baik, inpartu kala II fase aktif

S : ibu mengatakan merasa ada dorongan untuk meneran seperti ingin BAB, keluar lendir dan darah bertambah banyak dari jalan lahir, keluar air-air banyak dari jalan lahir.

O : Perineum menonjol, vulva dan anus membuka, ketuban pecah spontan, cairan ketuban jernih

VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV

A : Kala II

P : Pastikan perlengkapan

- a) Siap diri
- b) Siap keluarga
- c) Persiapan pertolongan persalinan
- d) Menolong persalinan

I : Melakukan penanganan kala II Asuhan Persalinan Normal, pukul 07.40 wita

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua (Do-Ran, Tek-Nus, Per-Jol, Vul-Ka).
2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi.
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Hasil VT : vulva/vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan 10cm, kantung ketuban tidak ada, presentase kepala, penunjuk UUK kanan depan, tidak ada molase, TH IV.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir, DJJ 140 x/menit.

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Ibu tidak ingin jalan ibu hanya ingin tidur saja. Kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
17. Membuka partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat dan dangkal saat kepala lahir.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, geser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku

sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung, bokong, tungkai dan ke arah kaki pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
25. Melakukan penilaian sepiantas : bayi cukup bulan, air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium, bayi lahir lambat menagis, dilakukan langkah awal selama 30 detik, bayi menangis kuat bernapas tanpa kesulitan, dan bayi bergerak aktif.
26. Segera mengeringkan bayi, dimulai dari muka, kepala dan badan bayi kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering dan biarkan bayi diatas perut ibu.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit IM (Intramuskular) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
29. Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di

antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2cm distal dari klem pertama.

31. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut

E : tanggal 23 Mei 2016, pukul 07.45 wita bayi lahir spontan, lahir langsung menangis dan diberi penatalaksanaan Inisiasi Menyusu dini

Kala III

S : Ibu mengatakan merasa lega karena bayinya sudah lahir, ibu mengatakan perut mules

O :Keadaan umum baik, kesadaran composmentis, ada tanda-tanda pelepasan plasenta, perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat bertambah panjang, ada semburan darah mendadak

A : P4A0AH3, dalam pemantauan kala III

P : Manajemen aktif kala III

I : Melakukan manajemen aktif kala III

32. Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
33. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntik oksitosin).
34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva
35. Letakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi simpisis, untuk mendeteksi, tangan yang lain menegangkan tali pusat
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kraniol) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Bila plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas (jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu)
37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso-kraniol hingga plasenta terlepas, minta ibu untuk meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso-kraniol)

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase
40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

E : pukul 07.50 wita plasenta lahir spontan, selaput chorion dan amnion utuh, kotiledon lengkap, tali pusat insersi sentralis, panjang tali pusat $\pm 100\text{cm}$

Kala IV

S : ibu mengatakan perutnya masih mules dan ibu merasa lemas

O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis

TTV : TD: 100/60 mmHg, S: 36,6 °C, N: 82x/menit, RR:18x/menit

TFU : 2 jari bawah pusat

Kandung kemih: kosong

Perdarahan : ± 100 cc

Perineum : tidak ada robekan.

A : P4A0AH3, dalam pemantauan kala IV

I : Melakukan prosedur kala IV persalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik perdarahan pervaginam.
43. Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
44. Setelah 1 jam lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin k1, 1 mg IM di paha kiri antero lateral.
45. Setelah 1 jam pemberian vitamin k1, berikan suntikan imunisasi hepattis B di paha kanan anterolateral.
46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
47. Mengajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
48. Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.

49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
50. Memeriksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi berapas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5) Kebersihan Dan Kenyamanan.
51. Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi).
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI, anjurkan keluarga unttuk memberi ibu makan dan minum yang diinginkannya.
55. Melakukan dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
56. Mencelupkan sarung tangan yang kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam ke luar dan rendam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

58. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV

E: 1. Keadaan umum: Baik Kesadaran : Composmentis

TTV: TD: 100/60mmHg, N: 82x/menit, S: 36,6°C, RR: 20x/menit

Kontraksi uterus baik, TFU, Perdarahan 100 cc, jumlah seluruhnya ±150 cc, kandung kemih kosong, TFU 2 jari bawah pusat.

2. Ibu sangat senang dengan kelahiran anaknya, dan ibu bersedia melakukan semua anjuran yang diberikan

3. Keadaan umum bayi: baik

Antropometri

BB: 2900 gram, PB: 48cm LK: 32cm LD: 31cm LP: 30cm, salf mata (1%) dan vitamin K1 mg/IM(0,5ml) sudah dilayani.

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/jam	Data Dasar	Paraf
23/05/2016 09.50 wita	<p>S :Ibu mengatakan merasa mules pada perut bagian bawah.</p> <p>O : Keadaan umum: Baik, Kesadaran Composmentis. TTV: TD: 100/60, S : 36,6°C, N : 80x/menit. RR : 20x/menit.</p> <p>Kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, Lochea rubra, kandung kemih kosong</p> <p>A : P3A0AH4 post partum 2 jam</p> <p>P :</p>	
09.55 wita	1. Memberitahu ibu mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas seperti demam, merasakan pengeluaran darah dari jalan lahir yang banyak, dll. Ibu tidak mengalami tanda-tanda bahay nifas.	
09.05 wita	2. Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI seseringkin mungkin pada bayinya.	
09.10 wita	3. Mengobseravsi pengeluaran pervaginam	
09.15 wita	4. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur	
09.20 wita	5. Mengajukan ibu untuk minum obat sesuai dosis. Amoxicilin 3x500 mg/oral, Asmef 3x500mg/oral, SF 1x200mg/oral, Vit C 1x50mg, Vit A 1x200.000 IU	
09.25 wita	6. Meganjurkan ibu untuk makan teratur sperti nasi, sayuran hijau, lauk pauk (ikan, telur, daging, tahu, tempe).	

KUNJUNGAN RUMAH

Hari/tanggal	Data Dasar	Paraf
Kamis, 24-05-2016	<p>S: Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah, ganti softex 2x.</p> <p>O : pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis</p> <p>TTV: TD: 100/80mmHg, N: 80x/menit, RR: 20x/menit, S: 36,8°C</p> <p>A: P4A0AH3, postpartum hari ketiga</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu ibu dalam keadaan baik dan TTV dalam batas normal ❖ Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang, seperti: nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, ikan, telur, buah, dan minum air putih yang banyak, ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. ❖ Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur dan sesuai dosis: <p>Amox: 3x500mg/hari</p> <p>Asmef: 3x500mg/hari</p> <p>Vit c : 1x50mg/hari</p> <p>SF : 1x200mg/hari</p> <p>Ibu bersedia minum obat sesuai anjuran</p> 	

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu: 1-2 jam (siang), 7-8 jam (malam), ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. ❖ Menganjurkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genitalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun. Ibu mengerti dan mau melakukannya. ❖ Mengajarkan ibu cara menyusui yang baik dan benar Bayi harus mencakup puting dan areola ibu dengan mulut terbuka lebar, hidung bayi harus sejajar dengan puting susu ibu. Ibu menyangga kepala dan leher bayi dengan lembut dengan meletakan tangannya pada tulang oksipital bayi, dan membuat kepala bayi bergerak ke belakang pada posisi seperti mencium bunga Panyudara harus benar-brnar memenuhi mulut bayi. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 	
Jumat, 25-05-016	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan</p> <p>O : pemeriksaan umum</p> <p>Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis</p>	

	<p>TTV: TD: 100/80mmHg, N: 82x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C</p> <p>A: P4A0AH3, postpartum hari ketiga</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu ibu dalam keadaan baik dan TTV dalam batas normal ❖ Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang, seperti: nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, ikan, telur, buah, dan minum air putih yang banyak, ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. ❖ Menganjurkan ibu untuk minum obat secara teratur dan sesuai dosis: <ul style="list-style-type: none"> Amox: 3x500mg/hari Asmef: 3x500mg/hari Vit c : 1x50mg/hari SF : 1x200mg/hari Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan ❖ Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu: 1-2 jam (siang), 7-8 jam (malam), Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. ❖ Menganjurkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genitalia sesudah BAB/BAK 	
--	---	--

	<p>dengan menggunakan air bersih dan sabun. Ibu mengerti dan mau melakukannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mengajarkan ibu mengenai perawatan bayi yaitu: ganti popok bayi jika basah, jaga kehangatan bayi, beri asi pada bayi sesering mungkin, jangan bubuhi apapun pada tali pusat bayi, Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan 	
Sabtu, 26-05-2016	<p>S: ibu mengatakan tidak ada keluhan O : pemeriksaan umum Keadaan umum ibu: baik, kesadaran: composmentis TTV: TD: 100/80mmHg, N: 80x/menit, RR: 22x/menit, S: 37,3°C A: P4A0AH4, postpartum hari keempat P:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menginformasikan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan yaitu ibu dalam keadaan baik dan TTV dalam batas normal <p>Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang, seperti: nasi, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, daging, ikan, telur, buah, dan minum air putih yang banyak, Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menganjurkan ibu untuk minum obat 	

	<p>secara teratur dan sesuai dosis:</p> <p>Amox: 3x500mg/hari</p> <p>Asmef: 3x500mg/hari</p> <p>Vit c : 1x50mg/hari</p> <p>SF : 1x200mg/hari</p> <p>Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan teratur yaitu: 1-2 jam (siang), 7-8 jam (malam), Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan ❖ Menganjurkan ibu menjaga personal hygiene dengan cara membersihkan alat genetalia sesudah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih dan sabun. Ibu mengerti dan mau melakukannya. ❖ Mengajarkan ibu mengenai perawatan bayi yaitu: ganti popok bayi jika basah, jaga kehangatan bayi, beri asi pada bayi sesering mungkin, jangan bubuhi apapun pada tali pusat bayi, ibu mengerti dengan penjelasan yang disampaikan. ❖ Menganjurkan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi setelah 40 hari, ibu mengerti dan bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. 	
--	---	--

PARTOGRAF

Nama Ibu Ny. L.B.K

Umur 32 tahun

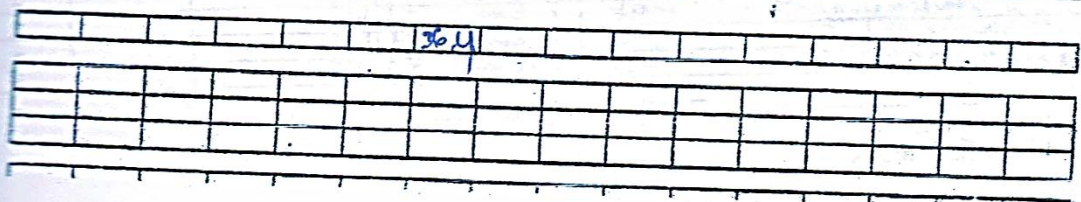
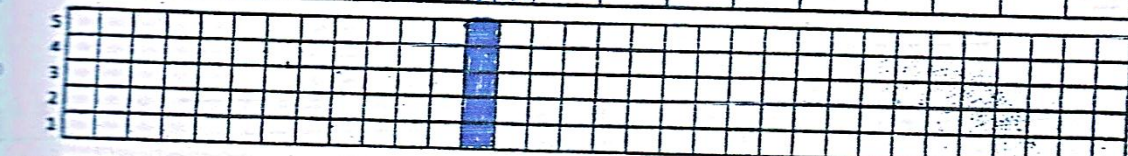
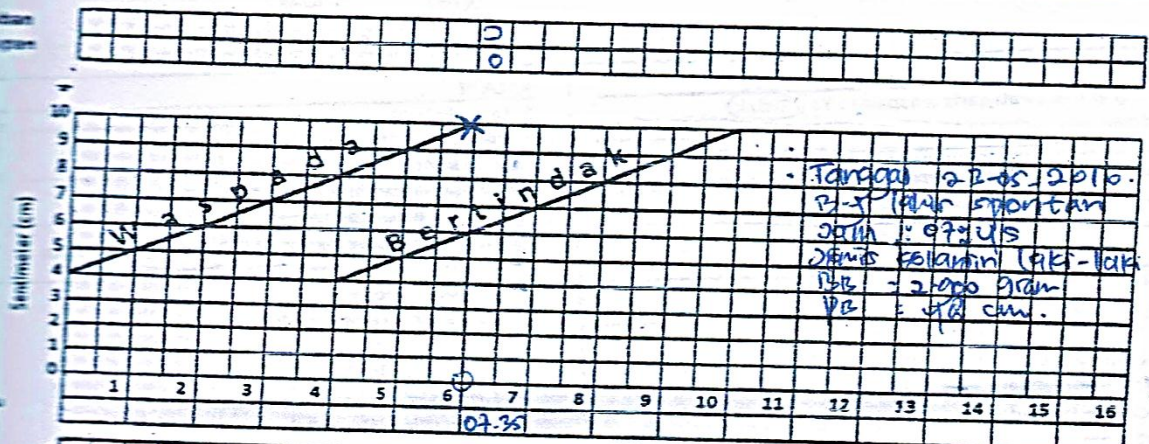
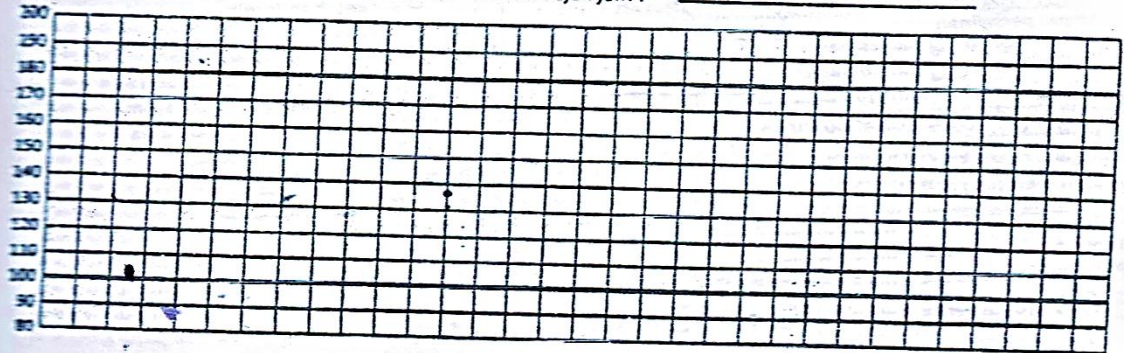
GU P 3 A Q

Tanggal 23-05-2016.

Jam 07-25

Penelitian selesai sejak jam : 07.35 Witu.

Mules Sejak jam : 06-20 ψita.



CATATAN PERSALINAN

- 1 Tanggal : 23-05-2016
- 2 Usia kehamilan : minggu Prematur ☒ Aterm ☒ Postmatur
- 3 Letak : Kepal
- 4 Persalinan : Normal Tindakan Seksio
- 5 Nama bidan : Rita Rika dan Maswita Jurni A.E.
- 6 Tempat persalinan ☒ Rumah Ibu ☒ Puskesmas ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya : Puskesmas Sukunana
- 7 Alamat tempat persalinan : Puskesmas Sukunana
- 8 Catatan : rujuk, kala I / II / III / IV
- 9 Alasan merujuk : ... IBU/BAYI
- 10 Tempat rujukan :
- 11 Pendamping pada saat merujuk : ☐ Bidan ☒ suami ☒ keluarga ☐ dukun ☐ kader ☐ lain2

KALA I

- 1 Partograf melewati garis waspada : Ya ☒ Tidak ☒
- 2 Masalah lain : sebutkan :
- 3 Penatalaksanaan masalah tersebut :
- 4 Hasilnya :

KALA II

- 1 Episiotomi ☐ Ya, Indikasi ☒
- 2 Pendamping pada saat persalinan : ☒ Suami ☐ dukun ☐ lain2 ☒ keluarga ☐ kader
- 3 Gawat Janin : ☐ Ya, tindakan : ☒ Tidak
- 4 Distosia bahu ☐ Ya, tindakan : ☒ Tidak
- 5 Masalah lain sebutkan
- 6 Penatalaksanaan masalah tersebut
- 7 Hasilnya

CATATAN KELAHIRAN BAYI

- 1 Jenis Kelamin : LE PR
- 2 Saat Lahir : Jam 07.45 Hari Sabtu Tanggal 23-05-2016
- 3 Bayi Lahir hidup Lahir mati :
- 4 Penilaian : (Tanda V ya x tidak) ☒ Bayi napas spontan teratur ☒ Gerakan aktif/tonus kuat ☒ Air ketuban jernih
- 5 Asuhan bayi ☒ Keringkan dan hangatkan ☒ Tali pusat bersih, tak diberi apa, terbuka ☒ Inisiasi Menyusul Dini < 1 jam ☒ Vit K 1 mg di paha kiri atas ☒ Salp mata/tetes mata
- 6 Apakah Bayi di Resusitasi? YA ☒ TIDAK ☒ Jika YA tindakan : Langkah awal menit ventilasi selama menit Hasilnya : Berhasil / Dirujuk / Gagal
- 7 Suntikan vaksin Hepatitis B di paha kanan ☒ YA ☒ TIDAK ☒
- 8 Kapan bayi mandi : 6 jam setelah lahir
- 9 Berat Badan Bayi : 2.950 Gram

KALA III

- 1 Lama kala III : menit
- 2 manajemen Aktif kala III : ☒ Oksitosin 10 IU IM dalam waktu menit ☒ Peregang Tali Pusat Terkendali ☒ Masase Fundus Uteri
- 3 Pemberian ulang Oksitosin 10 IU IM yang kedua ? ☐ Ya, Alasan ☒ Tidak
- 4 Plasenta lahir Lengkap (intact) ☒ Ya ☒ Tidak Jika TIDAK, tindakan
- 5 Plasenta tidak lahir > 30 menit YA, ☒ Tidak
- 6 Laserasi YA, ☒ Tidak Jika YA, dimana derajat 1 2 3 4 Tindakan
- 7 Atonia Uteri YA ☒ Tidak Jika YA tindakan
- 8 Jumlah perdarahan 100 ml

Gunakan catatan kasus untuk mencatat tindakan

FEMANTAUAN IBU : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	TENSI	NADI	SUHU	FUNDUS UTERI	KONTRAKSI	PERDARAHAN	KANDUNG KEMIH
07-55	100/60	82	36.4	2 in ↓ pst	Baik	100 cc	kosong
08-10	100/60	82		2 in ↓ pst	Baik	100 cc	kosong
08-25	100/60	82		2 in ↓ pst	Baik	50 cc	kosong
08-40	100/60	84		2 in ↓ pst	Baik	50 cc	kosong
09-10	100/60	84	36.4	2 in ↓ pst	Baik	50 cc	kosong
09-40	100/60	84		2 in ↓ pst	Baik	50 cc	kosong

PEMANTAUAN BAYI : Tiap 15' menit pada jam pertama, tiap 30' menit jam kedua

WAKTU	PERNAPASAN	SUHU	WARNA KULIT	GERAKAN	ISAPAN ASI	TALI PUSAT	KEJANG	BAB	BAK
07-55	48	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-
08-10	48	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-
08-25	48	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-
08-40	52	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-
09-10	52	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-
09-40	52	36.5°C	merah	aktif	kuat	kuat	tidak	-	-

Tanda Bahaya : ☐ Ibu..... ☐ Bayi.....
Tindakan (jelaskan dicatatkan kasus)
☒ Dirujuk ☒ Tidak dirujuk

Lampiran 5



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Maria Yustina F. Ale
NIM : 132 111 174
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST.M.Keb

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Paraf
1.	Jumat, 05 Agustus 2016	BAB I s/d V	Perbaiki BAB I, (Latar belakang, Konsep Asuhan) lanjut ke pembimbing 2 - Pembahasan, - kesimpulan dan saran	
2.	Selasa, 05 September 2016	BAB I - V	- Perbaiki Konsep berdasarkan teori (referensi) - Pembahasan - Lapor untuk ujian - Ujian sah dengan perbaikan - ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)**

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LÈMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Maria Yustina F. Ale
NIM : 132 111 174
Pembimbing II : Regina Frans, SST

No	Hari/Tanggal	Materi Pembimbing	Saran Pembimbing	Paraf
1.	Sabtu, 03 September 2016	BAB I, II, III, IV	Perbaiki	
2.	Senin, 05 September 2016	ACC Siap Ujian		



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)**

PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI UJIAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Maria Yustina F. Ale
NIM : 132 111 174
Penguji : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep.,Ns.,MH.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Penguji	Tanda Tangan Penguji
1.	12 Desember 2016	BAB I - Tambah latar belakang	
2.	13 Desember 2016	BAB II - Teori	
3.	14 Desember 2016	BAB IV - Pembahasan	
4	15 Desember 2016	- Perbaikan Pengetikan	
5	16 Desember 2016	ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI UJIAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Maria Yustina F.i Ale
NIM : 132 111 174
Pembimbing I : Ummu Zakiah, SST.M.Keb

No	Hari/Tanggal	Materi Penguji	Tanda Tangan Penguji
1.	Kamis, 08 Desember 2016	Perbaiki ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG
(STIKes CHM-K)
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**

JL. MANAFE NO. 17 Kayu Putih Oebufu Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI UJIAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Maria Yustina F. Ale
NIM : 132 111 174
Pembimbing II : Regina Frans, SST

No	Hari/Tanggal	Materi Penguji	Tanda Tangan Penguji
1.	13 Desember 2016	BAB I – V Perbaiki	
2.	14 Desember 2016	ACC	